

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

TESIS DOCTORAL

**LA APORTACIÓN DE JOSÉ MIGUEL SACRISTÁN (1887-1957) AL
DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA CIENTÍFICA EN ESPAÑA**

DIRECTOR: Dr. D. José Lázaro

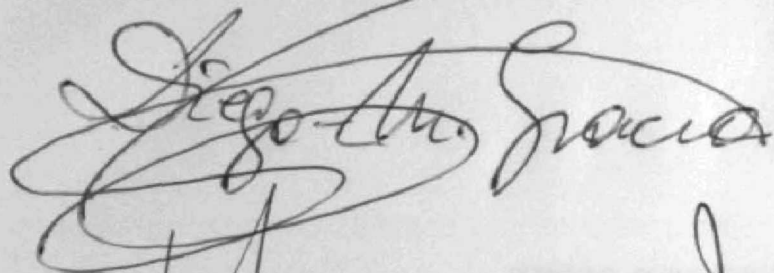
**Profesor Asociado de la Facultad
de Medicina de la Universidad
Autónoma de Madrid**

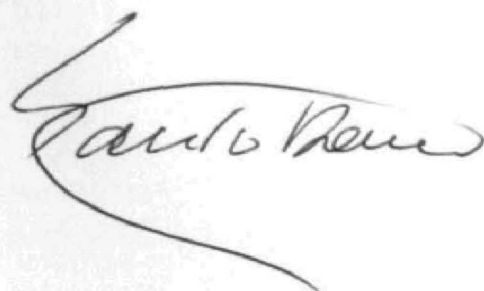
Res FM: 18.501

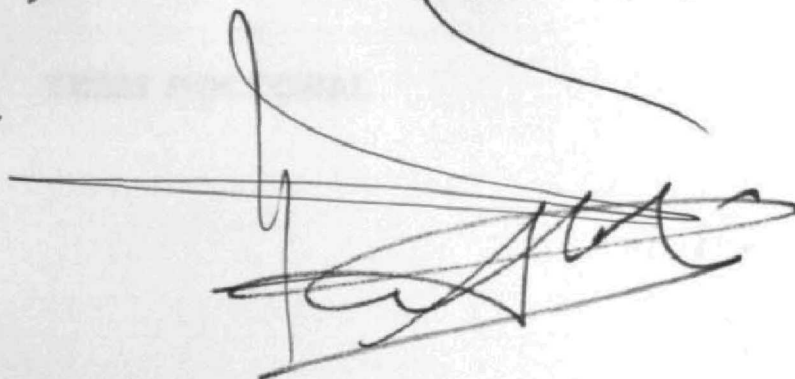
**AUTOR: Saulo Pérez Gil
MADRID 1999**

Reunido el Tribunal que suscribe en el día de la
fecha, acordó calificar la presente Tesis Doctoral
con la censura de Sobresaliente "cum laude"

Madrid, 16 de junio de 1999

 Diego M. Garcia

 Carlos Benito





Facultad de Medicina

D. José Lázaro Sánchez, Profesor Asociado a tiempo completo, tipo 3, de Historia de la Ciencia en el Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid

CERTIFICA

Que la presente Tesis Doctoral, titulada «La aportación de José Miguel Sacristán (1887-1957) al desarrollo de la psiquiatría científica en España», del Licenciado en Medicina y Cirugía D. Saulo Pérez Gil, ha sido realizada bajo mi dirección en este Departamento y, encontrándola en condiciones para optar al Grado de Doctor, la considero apta para su presentación ante el Tribunal correspondiente.

Y para que así conste, expido el presente certificado

Madrid, 1 de febrero de 1999

Fdo. José LAZARO



DEDICATORIA

- A mi malogrado hermano Marcos
- A mis padres
- A M^a Victoria

AGRADECIMIENTOS

Deseo hacer constar mi gratitud a todas aquellas instituciones y personas que de un modo u otro han hecho posible la elaboración de esta tesis.

- A José Miguel Sacristán Hernández de Tejada (q.e.p.d), por la amabilidad que me dispensó y la información que durante tantas tardes me ofreció en su domicilio. Asimismo a D. Antonio y D. Emilio Sacristán Hernández de Tejada por las facilidades concedidas para utilizar el material que conservaban de su padre.

- Al profesor José Lázaro, director de esta tesis, por haberme brindado la oportunidad de acercarme a los estudios de historia, por su apoyo y sus sabios consejos.

- A D. Tomás Alberdi y a D. Francisco Vega Díaz (q.e.p.d) por sus testimonios.

- A Beatriz Manrique de Lara, Beatriz Díaz-Casanova y Heidi Korth por su inestimable colaboración con los textos alemanes.

Cuando ya se es viejo y uno ha ido dejando prendidas y desgarradas en las zarzas de la vida (...) esperanzas e ilusiones, siempre se pregunta uno con inquietud: ¿Cuándo los años hayan pasado, después de nuestra muerte, con ese inexorable y gélido pasar del tiempo, quién se acordará de nosotros?.

Sacristán, Caracas, 1949

ÍNDICE GENERAL

I. INTRODUCCIÓN: ELECCIÓN DEL TEMA Y MOTIVACIONES	5
II. ESTADO DE LA CUESTIÓN	6
III. OBJETIVOS.....	10
IV. MATERIAL Y MÉTODO	10

PRIMERA PARTE: BIOGRAFÍA

CAPÍTULO 1: LOS ORÍGENES DE JOSÉ MIGUEL SACRISTÁN.....	16
1.1. DATOS FAMILIARES.....	16
1.2. INFANCIA Y ADOLESCENCIA	18
CAPÍTULO 2: APRENDIZAJE Y FORMACIÓN.....	20
2.1. ESTUDIOS MÉDICOS. LA UNIVERSIDAD	20
2.2. LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA	22
2.3. LA FORMACIÓN PSIQUIÁTRICA DE SACRISTÁN: ETAPA ESPAÑOLA (1910-1911).....	28
2.3.1. Nicolás Achúcarro y Lund (1880-1918)	28
2.3.2. Miguel de los Santos Gayarre Espinal (1866-1936)	33
2.3.3. Luis Simarro Lacabra (1851-1921)	35
2.4. LA FORMACIÓN PSIQUIÁTRICA DE SACRISTÁN: ETAPA ALEMANA (1912-1914).....	36
2.4.1. La Pensión de la Junta para Ampliación de Estudios	36
2.4.2. Su gran maestro: Kraepelin.....	40
2.5. LA INSTITUCIÓN LIBRE DE ENSEÑANZA Y LA JUNTA PARA AMPLIACIÓN DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS	44
2.5.1. La Institución Libre de Enseñanza	44
2.5.2. La Junta para Ampliación de Estudios.....	46
CAPÍTULO 3: REGRESO A ESPAÑA (1914-1936). EL ESPLENDOR.....	48
3.1. LA RESIDENCIA DE ESTUDIANTES	48
3.2. LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	52
3.2.1. El Sanatorio de Nuestra Señora de los Ángeles	52
3.2.2. El manicomio de mujeres de Ciempozuelos.....	53
3.3. SACRISTÁN Y LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS ESPAÑOLAS.....	59
3.3.1. La actividad divulgativa de Sacristán	60
3.3.2. La enseñanza oficial de la psiquiatría.....	65
3.3.3. Archivos de Neurobiología	69
3.3.4. La Asociación Española de Neuropsiquiatras	75
3.3.5. La Liga Española de Higiene Mental	79
3.3.6. El doctorado y la Cátedra de Psiquiatría de Madrid	86
3.3.7. La plaza de psiquiatría del Hospital Provincial	90
3.3.8. La renovación psiquiátrica durante la II República.....	92
3.3.8.1. El Decreto de Asistencia a los enfermos mentales	92
3.3.8.2. El Consejo Superior Psiquiátrico	95
3.3.8.3. Aportaciones de Sacristán a la reforma asistencial psiquiátrica	101
3.3.9. La Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid	105
3.4. EL INSTITUTO DE ESTUDIOS PENALES.	109
3.4.1. Antecedentes y creación.....	110

3.4.2. Anexo Psiquiátrico y Servicio de Biología criminal.....	112
3.5. CURSOS Y CONFERENCIAS.....	114
3.5.1. Cursos organizados por Lafora	114
3.5.2. Otras conferencias	115
3.6. LOS DISCÍPULOS DE SACRISTÁN.....	116
CAPÍTULO 4: EL ASPECTO HUMANO.....	126
4.1. LA PERSONALIDAD DE SACRISTÁN.....	126
4.2. LOS INTELECTUALES Y ARTISTAS.....	129
CAPÍTULO 5: LA GUERRA CIVIL (1936-1939). LA RUPTURA BIOGRÁFICA	132
5.1. LA ACTITUD DE SACRISTÁN ANTE LA GUERRA CIVIL.....	132
5.2. MADRID	134
5.3. VALENCIA	136
5.4. BARCELONA Y EL EXILIO	140
CAPÍTULO 6: LA POSGUERRA. EL OSTRACISMO (1939-1957)	144
6.1. LA POSTERGACIÓN.....	144
6.2. LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES.....	157
6.2.1. La medicina privada.....	158
6.2.2. Traducciones y obra divulgativa	158
6.2.3. Conferencias, cursos y otras actividades.....	159
6.2.4. El curso en Venezuela (1949)	161
6.2.4.1. La organización del viaje.	161
6.2.4.2. El contenido del curso.....	163
6.2.4.3. La significación del viaje.....	163
6.3. LAS ACTIVIDADES SOCIALES.....	164
6.3.1. Las tertulias	164
6.3.2. La relación con Vallejo Nágera.....	167
6.4. ENFERMEDAD Y MUERTE.....	169
SEGUNDA PARTE: LA OBRA	
1. Introducción.....	170
2. Antecedentes.....	171
3. Estructura general de la obra.....	171
4. Análisis bibliométrico.....	172
CAPÍTULO 7: TRABAJOS DE FISIOLÓGÍA	178
CAPÍTULO 8: TRABAJOS DE HISTOLOGÍA	180
CAPÍTULO 9: TRABAJOS DE BIOQUÍMICA	182
9.1. ETAPA ALEMANA (1912-14)	182
9.2. ETAPA ESPAÑOLA (1914-36).....	183
CAPÍTULO 10: LA CONCEPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA Y DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	187
10.1. LA CONCEPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA.....	187
10.2. EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL. LO NORMAL Y ANORMAL EN LA ESFERA PSÍQUICA.....	198

10.3. LA CONCEPCIÓN PATÓGENICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL. EL ACCIDENTE PSÍQUICO	201
CAPÍTULO 11: LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	205
11.1. LA NOSOLOGÍA KRAEPELINIANA.....	205
11.2. LAS UNIDADES NOSOLÓGICAS.....	211
CAPÍTULO 12: PSICOPATOLOGÍA	216
12.1. PSICOLOGÍA.....	216
12.2. PSICOPATOLOGÍA.....	221
12.1.1. Alteraciones de la sensopercepción	222
12.2.2. Alteraciones del pensamiento	228
12.2.3. Alteraciones de la memoria	229
12.2.4. Alteraciones de los sentimientos	229
12.2.5. Alteraciones de la voluntad y los instintos	230
12.2.6. Alteraciones de la consciencia del yo	231
12.2.7. Alteraciones de la consciencia	231
12.3. TEORÍAS CONSTITUCIONALES. ERNST KRETSCHMER.....	232
12.4. GENIALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA	238
CAPÍTULO 13: LA PSIQUIATRÍA CLÍNICA.....	240
13.1. CONCEPTOS GENERALES	240
13.2. ESQUIZOFRENIA.....	243
13.3. PSICOSIS MANÍACO DEPRESIVA	249
13.4. NEUROSIS.....	255
13.5. PSICOPATÍAS	258
13.6. OLIGOFRENIAS	260
13.7. LA EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA.....	261
CAPÍTULO 14: PSIQUIATRÍA DE GUERRA	265
14.1. LA GUERRA COMO CAUSA DE TRASTORNOS PSÍQUICOS.....	265
14.2. LA NEUROSIS DE GUERRA.....	268
14.3. LOS ESTADOS DE AGOTAMIENTO NERVIOSO	273
14.4. LA SIMULACIÓN.....	274
CAPÍTULO 15: IDEAS ACERCA DE LA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL PSIQUIÁTRICA ESPAÑOLA.....	279
15.1. LA SITUACIÓN ASISTENCIAL	279
15.2. LA CONSIDERACIÓN DEL ENFERMO MENTAL.....	281
15.3. EL ESTADO DE LOS MANICOMIOS.....	283
15.4. LA NECESIDAD DE UNA REFORMA LEGISLATIVA	287
CAPÍTULO 16: LA HIGIENE MENTAL.....	299
CAPÍTULO 17: EL PSICOANÁLISIS	305
CAPÍTULO 18: PSIQUIATRÍA FORENSE.....	314
18.1. BIOLOGÍA CRIMINAL.....	314
18.2. LA ACTIVIDAD PERICIAL.....	316
18.3. EL CASO HILDEGART	319
18.4. LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL	323

CONCLUSIONES	325
APÉNDICE	335
BIBLIOGRAFÍA	427

I. INTRODUCCIÓN: ELECCIÓN DEL TEMA Y MOTIVACIONES

La psiquiatría ha sufrido una rápida evolución y transformación en los últimos años, que incluye unas clasificaciones de los trastornos mentales que adquieren cada vez más extensión; un gran esfuerzo investigador que lleva a la continua aparición de nuevos recursos terapéuticos; la generalización de la asistencia psiquiátrica; la existencia de una moderna legislación sobre el enfermo mental y la enorme cantidad de información sobre salud mental que se genera diariamente. Todo ello ha conducido a un olvido del pasado histórico, sin el cual no hubiera podido llegarse al momento actual.

El estudio histórico de un fenómeno, en general, permite conocerlo mejor a la luz de su origen y desarrollo.

En el caso de una actividad clínica como la psiquiatría, además, el conocimiento histórico permite comprender y manejar con rigor la nosología, la terminología y el aparato conceptual con que se realiza la exploración psicopatológica y el diagnóstico.

Dentro de la historia de la psiquiatría en España, se puede distinguir una época de particular desarrollo a principios del siglo XX, en que comienza a fraguarse la psiquiatría como especialidad médica.

El trabajo de Diego Gracia: "Medio siglo de Psiquiatría española: 1885-1936"¹ realiza una división en dos periodos, el primero que abarca desde 1885 hasta 1914, y el segundo desde 1914 hasta 1936. En este segundo periodo se desarrolló la vida profesional de José Miguel Sacristán (1887-1957). Diego Gracia distingue tres escuelas nacionales de psiquiatría: la de Madrid, la de Barcelona y la Militar; continuadores de la inicial escuela de Madrid son los jóvenes médicos que constituyen "la generación de 1916 o generación de Archivos de Neurobiología". A esta generación, introductora de la psiquiatría científica en España, pertenece José Miguel Sacristán. Junto a él se encuentran figuras como Achúcarro, líder de la generación, y Lafora, sobre los que existen diferentes estudios.² Sobre el resto de sus miembros, Sanchis Banús, Villaverde, Prados Such y Sacristán, se han realizado pocos estudios, a pesar de tener cada uno de ellos entidad suficiente para un análisis detallado de su participación en la psiquiatría española.

¹Gracia (1971).

²Valenciano (1977), Moya (1986), Moya (1968).

El silencio que se ha producido sobre la figura y la obra de José Miguel Sacristán, junto al denodado esfuerzo que realizó en pro del desarrollo de la ciencia psiquiátrica en España y su papel de protagonista en la institucionalización de la psiquiatría como especialidad médica diferenciada, invita a un estudio profundo de su obra. Si a esto añadimos que es uno de los miembros más destacados de la primera generación de psiquiatras científicos españoles³ y que se encuentra entre los autores españoles más prolíficos del primer tercio de siglo⁴ tenemos elementos suficientes para intentar analizar su biografía y su obra. A poco más de cuarenta años de la muerte de Sacristán puede ya estudiarse el conjunto de su participación en la psiquiatría española de la primera mitad del siglo XX.

Aparte de las necrológicas publicadas tras su muerte, solo hay un trabajo dedicado específicamente a la figura de Sacristán, el realizado por Germain y Solís (1982). La existencia de un único artículo sobre un autor con más de sesenta publicaciones en revistas científicas españolas y alemanas, que ostentó importantes cargos profesionales y la inexistencia de una análisis detallado de su obra invitan a un estudio profundo.

La necesidad de recuperar la tan mencionada como poco estudiada figura de José Miguel Sacristán y de analizar sus aportaciones a la psiquiatría española es el motivo de la elección del tema de este trabajo.

II. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La situación de la psiquiatría en el período histórico que comprende la vida de José Miguel Sacristán (1887-1957) ha sido tratada en diversos trabajos. Parece existir una coincidencia general en que uno de los mejores trabajos introductores sobre el tema es el ya citado de Diego Gracia en el que realiza una brillante labor de síntesis y esquematización de la psiquiatría española desde 1885 hasta 1936. Este autor ordena y articula el panorama psiquiátrico por escuelas y generaciones. Por "escuela" entiende "un núcleo de condensación ideológica del pensamiento psiquiátrico, aunque no vaya acompañado de relación magistral o discipular ni, a veces, de reunión o proximidad espacial o territorial". El término "generación" "pone

³Gracia (1971), Valenciano (1974).

⁴Bertolín (1991a).

de manifiesto parecidos supraindividuales que permiten hacer acotaciones en el tiempo".⁵

Destaca el citado autor las escuelas psiquiátricas que influyen en la psiquiatría nacional. La escuela francesa que predomina a finales del siglo XIX y principios del XX, hasta que es sustituida por las escuelas alemanas, sobre todo a partir de la Primera Guerra Mundial.

Estas corrientes traen a España una nueva mentalidad clínico-nosológica, que sustituye a la mentalidad francesa anatomoclínica. Su introducción se realiza en tres núcleos fundamentales que dicho autor denomina escuelas de Madrid, Barcelona y de Psiquiatría Militar.

Dentro de la escuela de Madrid, considera Diego Gracia que ésta se inicia a partir de Pedro Mata (1811-1877), discípulo de Orfila. La obra de Mata encuentra continuidad con José María Esquerdo (1842-1912), que organizó el sanatorio de Carabanchel y fue uno de los pioneros en la enseñanza de Neuropatología y Psiquiatría con sus cursos en el Hospital Provincial de Madrid. Con Esquerdo queda constituida una primera escuela psiquiátrica en Madrid, que se caracteriza por ser "decimonónica, positivista y afrancesada". Discípulo de Esquerdo fue Jaime Vera y López (1859-1918), que tuvo una actividad dispersa, con grandes inquietudes políticas, siendo fundador del Partido Socialista Obrero Español junto a Pablo Iglesias. De la misma generación es Valle y Aldabalde (1857-1937), católico y de ideología conservadora. Ellos constituyen una primera escuela psiquiátrica madrileña, de clara orientación positivista e influencia francesa.

Una segunda escuela madrileña se origina con Simarro y Cajal, que introducen la orientación experimental, histológica y clínica germanas. A ellos les sigue una nueva generación que es la denominada "generación de Archivos de Neurobiología". El líder indiscutible es Nicolás Achúcarro (1880-1918), que se convierte en maestro, a la vez que eslabón, de una pléyade de jóvenes científicos que, por primera vez, elaboran una psiquiatría de altura, científica y actual. Se incluyen nombres como Lafora, uno de los más estudiados, Sacristán, Sanchis Banús, Vallejo Nágera, Santos Rubiano (de la escuela psiquiátrica militar), Villaverde, Prados Such y otros.

⁵Gracia (1971), pp. 310 y 324.

A esta generación se le reconocen, entre otras, dos importantes labores: creación de la primera psiquiatría científica de España y la introducción de Kraepelin y la psiquiatría alemana.

A esta sistematización realizada por Diego Gracia, se puede añadir el trabajo de Valenciano en el que analiza el origen y desarrollo de la psiquiatría madrileña.⁶ Considera la existencia de "dos hilos", el primero formado por Pedro Mata, Esquerdo y Jaime Vera, con un enfoque empírico-experimental y el segundo constituido por Simarro, Achúcarro y Lafora. Analiza, en ambos grupos, una serie de aspectos tales como la ideología político-social, la concepción básica de la ciencia, la orientación psiquiátrica, la didáctica y los conceptos asistenciales en relación con el enfermo mental. Simarro introduce la Psicología Experimental, marca el cambio de la inspiración psiquiátrica francesa por la alemana y la seriedad de la investigación histopatológica y neurofisiológica. Sus principales discípulos son Achúcarro y Lafora.

Con respecto al segundo grupo (en el que incluye a Sacristán y Villaverde), Valenciano destaca la ausencia de actividad política (con la excepción de Sanchís Banús); una concepción de la ciencia que en Simarro tiene una interpretación positivista, empírica y experimental, que en Achúcarro y Lafora alcanza matices más científicos y alejados de especulaciones filosóficas presentes en Simarro; una orientación psiquiátrica en la que se unen la escuela histológica de Cajal (en la que Simarro desempeñó un gran papel), la Junta para Ampliación de Estudios, los viajes al extranjero de Achúcarro, Lafora, Sacristán, Villaverde y otros, los primeros laboratorios y la pobre y arcaica estructura asistencial española.

Valenciano⁷ señala los factores que determinan un "marco general de la Ciencia Psiquiátrica Española en el primer tercio del siglo XX", refiriéndose solamente a Madrid, e incluyendo a los siguientes psiquiatras: Achúcarro, Lafora, Sacristán, Villaverde, Vallejo Nágera y Sanchís Banús, todos ellos nacidos entre 1886 y 1890. Estos factores comunes serían: los antecedentes de Pedro Mata y Luis Simarro, la influencia de Cajal, la Institución Libre de Enseñanza y la Junta para Ampliación de Estudios, el protagonismo de la psiquiatría alemana, la excelente formación histológica de los discípulos de Cajal y Simarro, la generación de 1913 y la

⁶Valenciano (1974).

⁷Valenciano (1981).

de 1927, la concepción experimental de la psicología (Simarro), la escasa experiencia asistencial, una labor continuista-cumulativa y la ruptura por la guerra civil.⁸

Sarró⁹ considera una generación próxima a Cajal, representada en Madrid por Jaime Vera, Esquerdo, Pérez Valdés, Simarro y Achúcarro; y una generación post-Cajal, que incluye a Lafora, Sacristán, Sanchís Banús y Mira, en la que describe una serie de rasgos intelectuales comunes: la influencia de Cajal; el influjo de la psiquiatría alemana; un acusado espíritu asociativo; no son psiquiatras puros, son a la vez neurólogos;¹⁰ todos tienen una personalidad política acusada, son kraepelinianos y se abstienen de la filosofía.

Aparte de estos artículos panorámicos, Germain y Solís¹¹ realizaron el único artículo dedicado específicamente a Sacristán en el que recogieron los principales aspectos biográficos de su vida y estudiaron algunos de sus trabajos más destacados, así como sus cargos profesionales, discípulos y aspectos humanos.

Raquel Álvarez analiza la evolución que se produce en la psiquiatría española durante la segunda República. Considera que en las dos primeras décadas del siglo XX se produjeron importantes cambios que dependían del mayor conocimiento teórico y la mayor conciencia social del problema. La nueva concepción del enfermo mental, las nuevas clasificaciones y tratamientos, fueron asimilados por los nuevos especialistas que se formaban en el extranjero y permitieron el desarrollo de una incipiente psiquiatría nacional. Una serie de psiquiatras expresaban sus ideas acerca de la organización de los hospitales y sobre los cambios legislativos necesarios para una mejor asistencia. Se produce en este período un desarrollo institucional importante que culmina con los cambios legislativos realizados en el período de la segunda República.¹²

Huertas analiza los primeros intentos de institucionalización de la psiquiatría española que se producen en el siglo XIX.¹³

⁸Valenciano pone como ejemplo de la escasa experiencia asistencial a Mata, Simarro, Vera, Achúcarro, Lafora y Villaverde, sin hacer referencia a Sacristán. No podemos considerar a Sacristán incluido en este grupo, pues como se verá posteriormente, Sacristán soporta una pesada carga asistencial en Ciempozuelos con más de mil enfermas a su cargo.

⁹Sarró (1970).

¹⁰Esto no parece cierto, al menos en lo que respecta a Sacristán, pues, como se verá posteriormente, se dedica en exclusiva a la psiquiatría a partir de 1920.

¹¹Germain y Solís (1982).

¹²Álvarez (1995), pp. 89-92.

¹³Huertas (1995).

Diversos autores han estudiado los elementos que permitieron un nuevo orden psiquiátrico en España. La historia de la revista *Archivos de Neurobiología*,¹⁴ La Asociación Española de Neuropsiquiatras,¹⁵ el papel de la higiene mental en la transformación psiquiátrica,¹⁶ los cambios legislativos de la segunda República,¹⁷ la formación de los psiquiatras en España,¹⁸ etc.

III. OBJETIVOS

1) La descripción de forma detallada y profunda de los aspectos biográficos de Sacristán, en sus diferentes etapas, realizando además una aproximación a su personalidad, que permita una comprensión mejor de su vida.

2) La reseña detallada de las principales etapas de su trayectoria profesional, su formación académica, sus maestros y su actividad pública. Todo ello encuadrado en el momento histórico correspondiente.

3) El estudio del papel de Sacristán en la institucionalización de la psiquiatría como especialidad médica y en la renovación legislativa y asistencial psiquiátrica española en el primer tercio de siglo.

4) El análisis del papel representado por Sacristán en la evolución de la ciencia psiquiátrica española, sus aportaciones a la introducción de las escuelas psiquiátricas europeas y la evolución de su pensamiento psiquiátrico.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

A) MATERIAL:

El material consultado y empleado para la presente tesis es el que a continuación se describe:

¹⁴Lázaro (1995b), Martínez Pardo (1978).

¹⁵Lázaro (1995a).

¹⁶Huertas (1995).

¹⁷Espino (1980).

¹⁸Espino (1995).

1. Fuentes primarias:

a) Escritas:

- Toda la documentación personal del Dr. Sacristán que su familia conserva, (que incluye cartas, manuscritos de sus trabajos publicados, manuscritos inéditos, fotos, trabajos inconclusos y documentos de carácter administrativo) y la localizada en diversos archivos (v. infra).
- Todos los libros, trabajos, folletos, artículos y otros escritos publicados por el biografiado.

Con la finalidad de facilitar la comprensión de algunas citas se hará una breve descripción de parte del material utilizado en el que cabe destacar dos grandes bloques:

a) Cursos dictados en el Instituto de Estudios Penales:

En una carpeta se reunían sin ningún orden cerca de 300 folios mecanografiados, con diferentes numeraciones, conferencias incompletas, muchas sin fecha. Corresponden a la asignatura de Psicopatología que impartió en diferentes cursos y a conferencias que dictó en dicho Instituto. Se denominarán en las referencias como "Sacristán. IEP", la fecha (si la hubiere) y la página.

b) Curso dictado en Venezuela en 1949. Está formado por folios mecanografiados casi en su totalidad con anotaciones o rectificaciones a mano. Algunas partes están recogidas en publicaciones de Sacristán y otras son inéditas. Podemos distinguir tres grandes grupos:¹⁹

1º- Un primer grupo de consideraciones generales que consta de cinco conferencias:

1ª- conferencia (inaugural), con fecha 18-8-1949 (páginas 1 a 24).

2ª- conferencia con fecha 30-8-1949 (páginas 1 a 15).

3ª- conferencia con fecha 6-9-1949 (páginas 1 a 16).

4ª- conferencia con fecha 13-9-1949 (41 páginas), con diferentes tipos de numeración (una mecanografiada, otra a lápiz y otra a pluma).

5ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 15). Versa sobre las clasificaciones en psiquiatría.

2º- Un segundo grupo dedicado a las esquizofrenias que consta de:

¹⁹La división que se ha realizado, con el fin de poder localizar las referencias, es artificial. No necesariamente existe una correspondencia entre esta división y el número de conferencias que realmente Sacristán impartió.

- 6ª- conferencia con fecha 21-10-1949 (páginas 1 a 33).
- 7ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 26). Trata sobre la tipología y el desencadenamiento en la esquizofrenia.
- 8ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 37). El tema es la herencia y sintomatología general en la esquizofrenia.
- 9ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 29). Sobre las ideas delirantes.
- 10ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 16). Sobre la motilidad en la esquizofrenia.
- 11ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 88). Sobre la sintomatología somática y clínica de la esquizofrenia.
- 12ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 21). Comienzo agudo de la esquizofrenia.
- 13ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 32). Síndromes típicos de la esquizofrenia.
- 14ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 50). Impulsividad y cuadros paranoides y parafrénicos.
- 15ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 14). Continuación de la anterior y psicosis mixtas.
- 16ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 13). Continuación de las psicosis mixtas.
- 17ª- conferencia sin fecha (páginas 1 a 49). Curso y terminación, terapéutica.
- 3ª- Un tercer grupo dedicado al estudio de la psicosis maniaco depresiva constituido por:
- 18ª- conferencia, sin fecha (páginas 1 a 70).

Se hará referencia a estas conferencias como "Venezuela", a continuación el número de la conferencia y la fecha si la hubiera.

2. Fuentes secundarias:

a) Orales:

La información obtenida en entrevistas personales sostenidas por el autor de este trabajo con los siguientes interlocutores:

- D. José Miguel Sacristán y Hernández de Tejada, hijo menor del Dr. Sacristán. (fallecido en Mayo de 1995)

- D. Antonio y D. Emilio Sacristán Hernández de Tejada, hijos mayores del Dr. Sacristán.

- D. José Solís, psiquiatra, amigo y discípulo de Sacristán, que trabajó junto a él en el Hospital Psiquiátrico del Sagrado Corazón de Jesús, de Ciempozuelos.

- D. Víctor R. Lafora, médico, hijo de D. Gonzalo Rodríguez Lafora.
- D. Tomás Alberdi, médico del Hospital Psiquiátrico del Sagrado Corazón de Jesús, de Ciempozuelos, que trabajó con Sacristán en dicho Centro desde 1932 hasta 1936.
- D. Francisco Vega Díaz, cardiólogo, compañero de tertulia del Dr. Sacristán.
- Doña Soledad Ortega, hija de Ortega y Gasset.

La mayoría de estas entrevistas ha sido grabada en soporte magnético.

b) Escritas:

- **Bibliográficas:** Trabajos que se refieren a la figura o la obra del Dr. Sacristán y trabajos sobre dicha época histórica, relacionados de forma directa o indirecta con el tema.
- Correspondencia mantenida por el doctorando con el Dr. José Solís.

Para la obtención del material de investigación se han consultado los fondos de los siguientes archivos y bibliotecas:

***En Madrid:**

- Archivo Central del Ministerio de Justicia.
- Archivo de Historias Clínicas del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, de Ciempozuelos.
- Archivo de la Residencia de Estudiantes.
- Archivo General de la Administración.
- Biblioteca de la Facultad de Derecho de la U. Complutense.
- Biblioteca de la Real Academia de Medicina.
- Biblioteca del Instituto Ramón y Cajal.
- Biblioteca Nacional.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Gabinete Técnico de la Secretaría de Estado para Asuntos Penitenciarios.
- Hemeroteca Municipal.

***En Segovia:**

- Archivo General Militar.

***En Salamanca:**

- Archivo Histórico Nacional.

B) MÉTODO

El método seguido para realización de esta tesis es el biográfico-bibliográfico tradicional en la investigación histórico-médica, fundamentado en la recogida de datos de documentación oficial y personal y en un análisis de esta información, realizado con el siguiente proceder:

1. Recopilación exhaustiva del material bibliográfico y documental.
2. Selección del mismo, organizándolo en forma de fichas.
3. Análisis descriptivo del material citado, situándolo en el momento histórico, científico, cultural y social en que se produjeron los acontecimientos y la obra objeto de estudio.
4. Clasificación y estructuración en dos grandes partes (La Vida y La Obra) siguiendo una evolución cronológica en la primera y una organización temática en la segunda.
5. Obtención de una serie de conclusiones como resumen de la investigación desarrollada.

PRIMERA PARTE: BIOGRAFÍA



José Miguel Sacristán y Gutiérrez (1887-1957)

CAPÍTULO 1: LOS ORÍGENES DE JOSÉ MIGUEL SACRISTÁN

1.1. DATOS FAMILIARES

El padre de José Miguel Sacristán fue un médico militar: Antonio Sacristán Heras, que alcanzó la graduación de Subinspector Médico de 1ª. Había nacido en Hortigüela (Burgos) el 13 de Junio de 1844, hijo de José Sacristán y Urbina, médico rural, que provenía de la provincia de Logroño, y Juliana de las Heras y Domingo, natural de Burgos. Obtuvo la licenciatura de Medicina en 1867 y ese mismo año entró en el Cuerpo de Sanidad Militar. Estuvo destinado en el Hospital Militar del Peñón de la Gomera, hasta 1870 en que fue destinado al Regimiento de Infantería "Asturias", en Málaga. En 1871 fue destinado a Filipinas donde permaneció hasta 1880. Luego fue destinado al Hospital Militar de Madrid y, posteriormente, fue director del Parque Militar de Sanidad. Fue vocal de la comisión informadora de reforma del material sanitario, miembro de la Junta de propaganda del IX Congreso de Higiene y Demografía y Secretario de la comisión nombrada para elaborar el proyecto de reglamento y programa de ingreso en la Academia de Sanidad Militar.²⁰

Antonio Sacristán Heras se casó en 1881 con María del Carmen Gutiérrez Martínez, madrileña, hija de Miguel Gutiérrez Martínez y Tomasa Martínez González, ambos naturales de Madrid.²¹ Tuvieron tres hijos: Angela, José Miguel y Juan de Dios. Antonio Sacristán falleció en Madrid en el año 1898, cuando su hijo José Miguel contaba tan solo con 11 años de edad: "Tenía una gran admiración por su padre. Decía que era un hombre muy serio, muy recto".²²

El temprano fallecimiento de su padre privó a José Miguel de la presencia paterna durante su adolescencia. Fue prácticamente criado por su madre Doña María del Carmen. "Fue una madre cariñosa, devota de su hogar".²³ Mujer muy enérgica y afectuosa, Sacristán la recordaba con frecuencia. A pesar de quedar viuda, pudo dar a sus hijos una educación digna, sin pasar grandes problemas económicos.

²⁰Archivo General Militar. Segovia. Hoja de Servicios de Sacristán Heras. Sección V, división V, Legajo S-69.

²¹Archivo General de la Administración. Sección de Educación. Expediente de Antonio Sacristán Heras. Caja 16667/62.

²²Comunicación personal de José Miguel Sacristán Hernández de Tejada, hijo de José Miguel Sacristán y Gutiérrez.

²³Germain y Solís (1982), p. 300.

Les dio carrera a los dos varones, tuvo la satisfacción de verlos terminarla e, incluso, de ver como su hijo José Miguel iba becado a Alemania.

La hermana, Angela, se casó con un Ingeniero de Montes y vivió en Ávila hasta su fallecimiento. El hermano Juan de Dios, que sería médico, fue un estudiante muy brillante. Realizó el Bachillerato en el Instituto Cardenal Cisneros, con la calificación de Sobresaliente y nueve Matriculas de Honor. Terminó sus estudios de medicina en la Universidad Central de Madrid en 1913, tres años después que su hermano José Miguel.²⁴ Se dedicó a la histología. Trabajó con Cajal en el laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. Intervino en trabajos de la glándula pineal con Achúcarro y, posteriormente, con su hermano José Miguel. En 1913, publicó un trabajo en colaboración con Achúcarro titulado "*Zur Kenntnis der Ganglienzellen des menschlichen Zirberdrüse*". También publicó otros trabajos en el *Boletín de la Sociedad Española de Biología*: "Alteraciones especiales del conectivo en la glándula pineal humana" y "Alteraciones de la neuroglía en un conejo hipertiroidizado". Desde joven manifestó un carácter algo extraño, con conductas excéntricas como romper los resultados de sus trabajos sin publicarlos. Pronto dejó la medicina, se presentó a unas oposiciones al cuerpo de Correos y se dedicó a estudiar idiomas. Al estallar la guerra civil se fue a Ávila, a casa de su hermana Angela, y posteriormente a Francia, por motivos políticos, pues pertenecía a un partido de izquierdas. Casado con una francesa, vivió en Bidart y se dedicó al estudio de idiomas como el chino y el japonés, realizando traducciones que no firmaba. Comenzó a presentar síntomas de tipo psiquiátrico que condujeron a su ingreso en el manicomio de Po, donde murió antes de acabar la guerra civil. Dejó una hija a la que vio José Miguel en Hendaya, cuando éste volvía a España. La relación entre los dos hermanos varones fue buena; al principio trabajaron juntos con Achúcarro, pero la relación se fue deteriorando, quizá debido a la progresiva alteración del carácter de Juan de Dios.²⁵

²⁴Archivo General de la Administración. Sección de Educación. Expediente de Juan de Dios Sacristán y Gutiérrez. Caja 16667/61.

²⁵Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

1.2. INFANCIA Y ADOLESCENCIA

José Miguel Sacristán y Gutiérrez nació en Madrid, el 3 de abril de 1887, Domingo de Ramos, a las ocho de la tarde, en la calle de la Corredera Baja, trasladándose posteriormente a la calle San Bernardo, núm. 18, donde vivió hasta que se casó.

Realizó sus primeros estudios en el Colegio del Niño Jesús, que estaba dirigido por un sacerdote, donde coincidió con Ramón Gómez de la Serna, que lo recuerda en *Automoribundia*:

Allí estudiaban los Bautista y el hoy Dr. Sacristán, entonces niño de trajes impecables de marinero azul con botones dorados, conocedor de los secretos de la sala de física en la que ya jugaba con el microscopio, uno de esos microscopios falsos para mirarse las uñas agrandadas como si fuesen de gigante.²⁶

Ya desde niño destacaba su elegancia y su intachable forma de vestir, recordada por todos los que le conocieron.

Realizó el Bachillerato, sin gran brillantez, en el Instituto Cardenal Cisneros, donde obtuvo el grado de Bachiller el 24 de junio de 1902, con la calificación de aprobado en el primer y segundo ejercicio.²⁷

Tenía una gran facilidad e interés por los idiomas. Realizó un curso de francés en el Instituto Cardenal Cisneros, en el curso de 1899-1900, con nota de sobresaliente, y otro de lengua alemana en el Instituto de San Isidro, en el curso de 1902-1903, con nota de aprobado. Al entrar en la Universidad ya hablaba alemán y francés.

Poco más sabemos de la época escolar del Dr. Sacristán.

Su infancia transcurre en un ambiente familiar de clase media, de origen castellano, con la desaparición del padre cuando José Miguel va a entrar en la adolescencia y con la clara influencia de una madre muy pendiente de sus hijos.

Su carácter sensible y temeroso se manifestó desde su infancia: "era muy sensible, cuando su padre llegaba tarde le esperaba despierto, nervioso".²⁸

²⁶Gómez de la Serna (1974), p. 55.

²⁷Dos años antes había obtenido su certificación de bachillerato Antonio Machado en el mismo instituto. (Cano 1988, p. 30)

²⁸Comunicación personal de Antonio Sacristán Hernández de Tejada, hijo de José Miguel Sacristán y Gutiérrez.

A los veintinueve años, José Miguel se casó con Josefa Gloria Hernández de Tejada y Gómez, en la Iglesia del Buen Suceso, el 25 de diciembre de 1916. Se fue a vivir a la calle Padilla núm. 5, hasta 1933 en que se trasladaron a la calle Martínez Campos núm. 17, donde vivieron hasta su fallecimiento. Tuvieron tres hijos: Antonio, que hizo estudios de Economía y trabajó en la embajada Americana en Madrid; Emilio, que se dedicó a la decoración y José Miguel que estudió medicina en Madrid, y obtuvo su licenciatura en 1950. Por influencia de su padre va a trabajar con Marañón, "mi padre me decía que era fundamental una base de medicina interna". Se dedicó a la electroencefalografía, tenía la especialidad de neurología y neurofisiología. No hizo formación psiquiátrica.²⁹ Falleció el 2 de Marzo de 1995.

La esposa de Sacristán era hija de militar, de carácter reservado, que sufrió terriblemente, tras la guerra civil, no solo por los problemas económicos, sino por la situación de ostracismo de su esposo. Murió a los 101 años.³⁰

²⁹Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

³⁰Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

CAPÍTULO 2: APRENDIZAJE Y FORMACIÓN

2.1. ESTUDIOS MÉDICOS. LA UNIVERSIDAD

Sacristán comenzó sus estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid en el año 1902, curso preparatorio, con las asignaturas de Mineralogía, Zoología, Química y Física; suspendió estas dos últimas, que aprobó en el curso siguiente. Desarrolló sus estudios con discreción en las calificaciones y obtuvo el grado de Licenciado en 1910. A pesar de sus grandes dotes intelectuales, encontramos un expediente académico modesto en el que se reparten los aprobados y notables, sin un solo sobresaliente. Esto podría explicarse por la situación de la universidad y por algunas de sus características personales: la fragilidad y la escasa capacidad de lucha y de reacción ante la adversidad que tenía Sacristán, que alcanzará la máxima expresión en su madurez, tras la guerra civil española.

Recordemos que su período universitario coincide con la llegada al trono de Alfonso XIII, con múltiples crisis ministeriales y gobiernos fugaces. La explosión de los nacionalismos, la cuestión religiosa y el militarismo son los principales problemas políticos del momento en España.³¹

Es verdad que Sacristán estaba muy desencantado de la enseñanza universitaria recibida, debido a la deficiente situación en que se encontraban las enseñanzas médicas, y, en su opinión, a la baja calidad del profesorado. Todo ello pudo influir en el sentido de un cierto desencanto y desinterés por los estudios y sus calificaciones. Nadie mejor que él mismo puede expresar la situación universitaria que le correspondió en suerte, como se observa en los comentarios que reproducimos a continuación, extraídos de un manuscrito suyo, inédito.³² Exceptuando a Cajal, solo destaca a algunos doctores no adscritos al cuadro oficial de profesorado de la Facultad, como Madinaveitia y Ortiz de la Torre:

El destino me situó en una época en la cual la enseñanza en la Facultad de Medicina no puede citarse como ejemplo, especialmente para los que no tuvimos la fortuna de ser discípulos de

³¹Sánchez Jiménez (1991), pp. 299-303.

³²El manuscrito es un borrador del *curriculum vitae* que Sacristán preparaba para la oposición a la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Madrid, cuya celebración interrumpió la guerra civil. Consta de 11 cuartillas y un folio, aunque varias de ellas son repeticiones con diferentes redacciones. Inédito. Nos referiremos a él desde ahora como *curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

Olóriz, San Martín y Sañudo. Hoy, al intentar determinar las posibles influencias de los maestros de entonces sobre nuestra formación profesional, se destacan en nuestro recuerdo - excepto Cajal, cuya influencia nos fue dado más tarde recibirla más directamente- las figuras de Madinaveitia y Ortiz de la Torre, profesores agregados de la Facultad de Medicina, no adscritos al cuadro oficial de profesorado. De ambos obtuvimos excelentes e inolvidables lecciones prácticas de los métodos de exploración clínica por aquellos entonces en uso, y algo que no está en los libros, que no es posible obtener sino directamente de ciertas personalidades privilegiadas: independencia crítica frente a los problemas clínicos, objetividad y amor a la profesión.³³

El contacto con Cajal se producirá más tarde, una vez terminados sus estudios, cuando Sacristán va a trabajar con Achúcarro, que está recién llegado a España y trabaja en el laboratorio de Cajal unos meses (véase Apéndice núm. 1), hasta que la Junta para Ampliación de Estudios le crea a Achúcarro un Laboratorio de histopatología. Sobre Cajal, Sacristán dice:

Inútilmente se buscará un nombre nacional en la Historia de las ciencias que signifique como el de Cajal una mutación absoluta de la esencia de una disciplina. Nuestros sabios oficiales carecieron siempre de capacidad creadora y redujeron su labor, cuando más, a la información del trabajo ajeno. No crearon escuela ni contribuyeron mínimamente al progreso de las ciencias. Aún hoy, es sólo Cajal -y con absoluta justicia- el único español que representa la ciencia nacional. Cajal ha sido el primer investigador español, es decir, nuestro primer hombre de ciencia.³⁴

A instancias de Ortiz de la Torre, Sacristán realiza su primera publicación, una carta sobre la desinfección de la piel en el campo operatorio, según el procedimiento de Gronich, en la *Revista Clínica de Madrid*, en 1910.³⁵

Recién licenciado, Sacristán trabaja durante unos meses junto a Gregorio Marañón en la clínica del Hospital General que éste dirige. A lo largo de 1911 publica seis trabajos en colaboración con Marañón, que no guardan relación con la psiquiatría. Son trabajos sobre la viscosidad de la sangre en diversas enfermedades

³³*Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

³⁴Sacristán (1922d), pp. 471-2.

³⁵Sacristán (1910), pp. 250-1.

infecciosas y sobre la viscosidad de la orina. La mayoría de los resultados que obtienen Marañón y Sacristán son expuestos en la Sociedad Española de Biología, de la que Sacristán es socio fundador, junto a médicos de la talla de Ramón y Cajal, Simarro, Achúcarro, Madinaveitia, Marañón, Olóriz, Pittaluga, etc. (véase Apéndice núm. 2). Ese mismo año publica otros dos trabajos, en solitario. Uno de ellos, aparecido en la *Revista Clínica de Madrid*, se titula: "La reacción de la meiotigmina de Ascoli e Izar", y le supone la invitación del profesor Ascoli para trabajar en su laboratorio de la Universidad de Catania, invitación que declinó porque "motivos difíciles de determinar nos inclinaban de antiguo hacia el estudio de la psiquiatría".³⁶

Sacristán se mostró siempre muy atraído por las investigaciones de laboratorio; sus primeras publicaciones, desde 1910 hasta 1920 (en que realiza su primera publicación psiquiátrica), son resultado de su actividad en el laboratorio; puede distinguirse un primer grupo de tema fisiológico, que incluye los trabajos realizados en la clínica de Marañón sobre el tema de la viscosidad de los líquidos del organismo; un segundo grupo de investigación histológica de la glándula pineal, con Achúcarro, y un tercero en el Laboratorio de Fisiología de Negrín sobre la influencia de la nicotina en la glucemia. Posteriormente, y a pesar de los escasos medios con que cuenta, continúa realizando trabajos en el laboratorio, siendo el último, en 1934, su tesis doctoral titulada *El metabolismo hidrocarbonado en la Psicosis maníacodepresiva endógena*.

Pronto encontrará la oportunidad de tomar un nuevo rumbo en sus estudios.

2.2. LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA

Al final de la primera década del siglo XX, en España, la psiquiatría no estaba incluida de forma diferenciada en los planes de estudio universitarios, sino dentro de la asignatura de medicina legal. Para aprender psiquiatría había que acudir a los manicomios y buscar un maestro. En realidad, no sólo había pocos psiquiatras sino que apenas existían, en Madrid, centros de asistencia psiquiátrica; los manicomios de Ciempozuelos y Leganés, la sala de dementes del Hospital provincial, el sanatorio de Carabanchel fundado por Esquerdo y algunos otros centros privados.

³⁶ *Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

En el momento en que Sacristán está terminando su formación universitaria, hacia 1911, hay en Madrid tres figuras destacadas en psiquiatría, que influirán sobre Sacristán: Simarro, Achúcarro y Gayarre.

Tengamos en cuenta que, en 1911, Lafora se encuentra en EE.UU. y cuando vuelve a Madrid, Sacristán marcha a Alemania, por lo que no coinciden hasta el regreso de Sacristán en 1914. Cuando se encuentran, ambos ya formados, con más experiencia Lafora, con los mismos maestros, se convierten en compañeros de generación y, a partir de la segunda década del siglo, recogen la antorcha de los desaparecidos Achúcarro (1918) y Simarro (1921) y el retirado Gayarre. También hay en Madrid otros psiquiatras relevantes que no tienen, sobre Sacristán, la influencia de los anteriormente citados: Jaime Vera (1859-1918), Valle y Aldabalde (1863-1937), Pérez Valdés (1853-1927), Fernández Sanz (1872-1950) y otros. Son médicos que se han formado en España de manera diferente cada uno, en cierta forma autodidacta; simultanean la psiquiatría con la medicina interna o, en el caso de Jaime Vera, con la actividad política; carecen de la formación europea que permite la visión de una psiquiatría moderna y científica. Tienen una visión social y psicológica de la psiquiatría y les falta el espíritu de grupo. Posteriormente, Fernández Sanz colaborará con el grupo de Lafora y Sacristán en sus actividades asistenciales, en la Liga de Higiene Mental y en el Consejo Superior Psiquiátrico; formado en la escuela francesa supo adaptarse a las nuevas tendencias alemanas.³⁷

En Madrid se encuentra otro importante grupo de psiquiatras que pertenecen a la escuela de Psiquiatría Militar. La Academia de Sanidad es la única entidad oficial que ofrece una formación psiquiátrica a sus médicos, creando una auténtica y verdadera escuela. Por Real Decreto de 7 octubre 1911, se nombra a Fernández Victorio como profesor de la clase de psiquiatría en la Academia de Sanidad Militar. Se irán formando posteriormente psiquiatras, iniciando de forma pionera en España, en 1924, la enseñanza de la especialidad de Psiquiatría en la Clínica Militar de Ciempozuelos. A Fernández Victorio le siguen Santos Rubiano, González Deleito, César Juarros, Camino Galicia, Vallejo Nágera y otros. Todos ellos tienen una formación autodidacta, y realizarán un acercamiento personal a las corrientes psiquiátricas representadas por la generación de Lafora y Sacristán.³⁸

³⁷Valenciano (1977), pp. 39-42 y 83.

³⁸Abejaro (1994), pp. 136-40.

Teniendo en cuenta los factores generales, anteriormente citados, podemos ver qué circunstancias, en particular, coinciden en Simarro, Achúcarro y Gayarre para que estos hombres sean capaces de atraer a los jóvenes médicos y lleguen a crear una escuela psiquiátrica (en el sentido de Diego Gracia):

Los tres tienen en común que han viajado al extranjero a perfeccionar estudios y han estado en los principales centros de actividad psiquiátrica del momento. Dominan varios idiomas que les permiten mantenerse al día en la información científica. Han vuelto con los últimos avances psiquiátricos, con enormes inquietudes y deseos de instaurar en España una psiquiatría científica y moderna, lo que supone un atractivo para los jóvenes investigadores españoles. A ello se une la fama y el éxito científico de Cajal, que acaba de recibir el Premio Nobel en 1906, y la creación en 1907 de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas, que con su política de pensiones va a permitir la salida al extranjero de los jóvenes iniciados en España y les permitirá el contacto directo con los países europeos que poseen un alto nivel de investigación.³⁹

La psiquiatría se encuentra en un momento histórico en el que se esperan grandes avances de la investigación neuropatológica, lo que coincide con la existencia en España de una formidable escuela histológica representada por Cajal que permite a los jóvenes adquirir un sólido soporte en tal ciencia básica. Lo más importante es que forman parte de un grupo, comparten un proyecto común y poseen un espíritu asociacionista. Otro factor que permite la creación de una Escuela es la enorme categoría personal y científica de los discípulos de Simarro, Achúcarro y Gayarre.

La coexistencia de Cajal, con su escuela histológica, y los conocimientos histológicos y psiquiátricos de Simarro, son el núcleo inicial donde se forman Achúcarro y el olvidado Gayarre. Estos, a su vez, son maestros y compañeros de la generación de Lafora, Sacristán, Villaverde y Prados Such.⁴⁰ La multidireccionalidad en el aprendizaje, en el que pronto el maestro se convierte en compañero, permite crear el espíritu de grupo que les caracteriza. Cajal perfecciona el método cromoargéntico de Golgi que Simarro le había enseñado.⁴¹ Achúcarro aprende, durante la carrera, las técnicas histológicas básicas en el Laboratorio de Simarro y

³⁹Valenciano (1981), Sarró (1970), Gracia (1971).

⁴⁰"Generación de 1916" o "generación de Archivos de Neurobiología" para Diego Gracia, y "generación de 1913" para Valenciano.

⁴¹Lain (1968), p. 58.

Madinaveitia, al que también acude Lafora; ambos coinciden en dicho laboratorio con Gayarre,⁴² que había trabajado con Cajal. Achúcarro trabaja posteriormente con Cajal. Villaverde se inicia con Fernández Victorio, colabora con Simarro en 1913 y con Cajal en 1918.⁴³ Sacristán se inicia con Achúcarro y Gayarre. Esta interconexión permanente y fluida entre todos ellos es una de las características que hace posible la creación de una Escuela de Psiquiatría. Por primera vez en España la Psiquiatría comienza a tener entidad propia.⁴⁴

Otro factor clave es la figura de Ortega y Gasset, siempre presente junto a esta generación. Amigo de Achúcarro, Sacristán y Lafora, colabora con ellos y se convierte en soporte intelectual de la Escuela. En 1905 Ortega va a estudiar a Alemania, en las Universidades de Leipzig, Berlín y Marburgo.⁴⁵ Allí surge en Ortega la idea de una Europa progresista. Ortega pertenece a una generación de patriotas que aman a su país a través del desencanto, y comprende que es en su país en donde debe plantear la lucha. Vuelve a Madrid en 1907, dispuesto a dar la batalla europeísta.⁴⁶

Ortega comparte algunas inquietudes con los jóvenes científicos, ha estado en el extranjero como ellos, coincide en el proyecto de una España moderna a la altura de Europa. Ortega tenía una especial vinculación con el grupo de neuropsiquiatras madrileños, por su gran interés por la psicología, su vinculación a la Residencia de Estudiantes y su excelente amistad con Sacristán. Este grupo de alienistas podría representar, en el ámbito científico, la llamada, al nivel social y político, "élite de orientación" o "minoría cualificada" de Ortega,⁴⁷ que va a dirigir la reforma y modernización en su campo científico: la psiquiatría.

A estos factores cabe añadir un breve apunte sobre la situación sanitaria, política, social y económica. "La fecundidad científica, y por tanto médica, de España ha discurrido siempre íntimamente emparejada a los acontecimientos de su historia política, social y económica".⁴⁸

⁴²Lafora (1968), p. 95.

⁴³Valenciano (1977), p. 79.

⁴⁴Cfr. Comelles (1988), p. 106, que considera otras curiosas motivaciones en la creación de la escuela madrileña de psiquiatría, tales como el desarrollo de las consultas privadas y la aproximación de los psiquiatras a los médicos en general.

⁴⁵Tuñón de Lara (1984), p. 147.

⁴⁶Montero (1983).

⁴⁷Ortega y Gasset (1983), tomo 7, p. 217.

⁴⁸Gracia (1971), p. 306.

En 1900 España es un país predominantemente agrario con más del 60% de la población activa dedicada a la agricultura y la ganadería; sólo un 16% se ocupa en tareas industriales. La mortalidad era de 29 por mil frente a 18 por mil en Europa. En 1909, con La Cierva en el Ministerio de la Gobernación, que es el organismo rector de la Sanidad, se produce un aumento del presupuesto sanitario que permite la aprobación de una Ley de Protección a la Infancia, la ordenación reglamentada de dispensarios e instituciones antituberculosos y la creación de Inspecciones de los Servicios Provinciales de Sanidad. La política económica española se caracteriza por una "orientación nacionalista", condicionada por factores como la crisis agraria, las dificultades de la industria textil, siderúrgica y minera, y la crisis de la peseta. Esta orientación trae consigo un proteccionismo para evitar la competencia extranjera. Se pretende crear una economía nacional y emanciparse de la tutela de otras economías.⁴⁹

Frente a esa actitud, el grupo de científicos que lideran Cajal y Simarro pretende modernizar el panorama científico español, poner la ciencia española a la altura de los tiempos, estrechando los lazos con Europa y tomándola como modelo. Van a constituir, en el ámbito científico, el intento de la nueva España, la España a la europea que predica Ortega.

Al embrión creado por Cajal, Achúcarro y Simarro, se unirán posteriormente el "independiente" y autodidacto Sanchís Banús, Fernández Sanz, algunos psiquiatras procedentes de la escuela militar (como Juarros, Santos Rubiano y Vallejo), los psiquiatras de la Escuela de Barcelona y algunos psiquiatras del resto de España, para constituir un brillante grupo que intentará transformar y modernizar la psiquiatría española acercándola al nivel europeo, intento que siempre se ha considerado frustrado por la guerra civil española. Realmente, el estado de la asistencia al enfermo mental en España era lamentable a pesar del enorme esfuerzo desplegado por los psiquiatras de la generación del 13 (o del 16). Habían logrado crear un estado de opinión que caló en la clase política, que buscaba el asesoramiento técnico por los mejores psiquiatras del país.⁵⁰ En la práctica, el trabajo de esta generación y sus discípulos, recoge sus frutos durante la segunda República con una serie de medidas legislativas relativas a la asistencia del enfermo

⁴⁹Sánchez Jiménez (1991), pp. 207-46.

⁵⁰Este acercamiento ocurre básicamente tras la llegada de la segunda República.

mental.⁵¹ Cabría plantearse si realmente España disponía de los medios económicos adecuados para llevar a cabo las reformas asistenciales demandadas por esta generación psiquiátrica.

El grupo de discípulos de Achúcarro, y los demás psiquiatras del resto de España, van a estar unidos por una idea común que es la del desarrollo de la psiquiatría como ciencia y la mejora de la asistencia psiquiátrica en España.

Para finalizar este apartado nos parece interesante transmitir la reflexión de Sacristán, con su acostumbrado acento crítico, sobre la psiquiatría en España, obtenida del *"curriculum vitae"*, escritas hacia 1935:

Al meditar seriamente sobre nuestra labor particular no nos es posible considerarla aisladamente, sino formando parte de la obra general psiquiátrica española (...), quien honradamente haga en España examen de conciencia como psiquiatra, no puede quedar muy satisfecho. ¿Dónde hallar el hombre que haya, merced a su actuación, impreso un nuevo rumbo a la ciencia psiquiátrica? ¿Qué tendencia o nueva dirección se debe en psiquiatría a uno de nosotros? ¿Qué nombre nacional ha quedado en la historia de nuestra ciencia consagrado como autoridad? Sería pueril envanecerse con la aparición de algunos nombres españoles mezclados en el alud bibliográfico de los grandes manuales extranjeros de psiquiatría. Desgraciadamente somos tributarios de la actividad creadora de otros pueblos. Ellos dirigen nuestra actuación profesional y señalan los objetivos de la ciencia, que en algunos casos, tan solo, nos limitamos a comprobar. Ciertamente, que hoy, las nuevas generaciones de psiquiatras, la mayoría formados fuera de España, ofrecen nuevos horizontes, aunque, todavía, por las razones que sean, no han pasado del primer período de entusiasmo por el cual todos pasamos a nuestro regreso a España.

En resumen, la enseñanza de la psiquiatría a principios del siglo XX, en España, se realiza de forma libre, aproximándose al maestro elegido. Se cuenta con un núcleo básico, Cajal y Simarro, que se ensancha con Achúcarro y Gayerre, que ofrece por primera vez en España una enseñanza moderna y científica de la psiquiatría. A este núcleo se empiezan a sumar diferentes jóvenes investigadores de la época de Sacristán, constituyendo un eje en torno al cual se aglutinan otros psiquiatras formando un grupo que pretende modernizar y actualizar la psiquiatría española.

⁵¹ Este tema ha sido estudiado con detenimiento por Espino (1980).

2.3. LA FORMACIÓN PSIQUIÁTRICA DE SACRISTÁN: ETAPA ESPAÑOLA (1910-1911)

Sacristán se interesó muy pronto por la psiquiatría:

...mis inclinaciones al estudio de la psiquiatría se originaron de muy joven, por motivos meramente sentimentales, nacidos de relatos familiares ante la enfermedad.⁵²

Es difícil saber a que hace referencia Sacristán con estas palabras, quizás relatos familiares sobre un abuelo que murió trastornado, a raíz de un traumatismo craneoencefálico, al caer de un caballo.⁵³

Sacristán considera como maestros suyos en psiquiatría a Gayarre, y por supuesto, a Achúcarro:

El Dr. Gayarre, primero, y más tarde el Dr. Achúcarro fueron los primeros especialistas con los que pude empezar a iniciarme en estos estudios [psiquiátricos].

Mi inclinación por la psiquiatría sentida desde hacía largo tiempo pudo realizarse -aunque con grandes limitaciones- merced al Dr. Achúcarro, donde encontré un maestro y un amigo entrañable.⁵⁴

Hay pues, en palabras del propio Sacristán, dos pilares básicos en los que se apoya su formación psiquiátrica en España: Achúcarro y Gayarre.

2.3.1. Nicolás Achúcarro y Lund (1880-1918)

En otoño de 1911, Marañón le presenta a Sacristán a quien será uno de sus más admirados maestros: Nicolás Achúcarro y Lund.⁵⁵

Achúcarro⁵⁶ comenzó sus estudios de medicina en la Facultad de Madrid en 1897. En el curso 1899-1900 marchó a estudiar a la Facultad de Medicina de Marburgo (Hesse). Obtuvo el título de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Madrid el año 1904. Desde 1900 hasta 1904 asistió al Laboratorio

⁵² *Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

⁵³ Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁵⁴ *Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

⁵⁵ Sacristán (1951c).

⁵⁶ Todos los datos sobre Achúcarro hasta la siguiente nota al pie son de la misma fuente.

de los doctores Simarro y Madinaveitia; allí trabajó en temas de histología del sistema nervioso, dirigidos por el Profesor Simarro. Desde enero hasta agosto de 1905 estudia la clínica y la anatomía patológica de las enfermedades nerviosas bajo la dirección del profesor Pierre Marie en Bicêtre (París). Allí, además de ocuparse de la clínica de las enfermedades nerviosas se ocupó de diversos temas de anatomía patológica: "Génesis de la siringomielia", sobre el que realizó una carta comunicación a la Sociedad de Neurología de París; "Modificaciones patológicas del epitelio endimario en el canal central y en los ventrículos" y "Génesis de los cuerpos amiloideos en el sistema nervioso central"; sobre este tema publica un trabajo en colaboración con el doctor Catola de la Clínica Psiquiátrica de Florencia.

Desde septiembre de 1905 hasta enero de 1906 estudió en la clínica psiquiátrica de San Salvi y en el manicomio adjunto, en Florencia, dirigido por los profesores Tanzi y Lugaro.

Desde enero hasta agosto de 1906 asistió a la clínica psiquiátrica de Munich, dirigida por el profesor Kraepelin, y allí siguió las lecciones de psiquiatría, psicología experimental, psicología criminal y anatomía patológica. También trabajó en el laboratorio de anatomía patológica de la clínica, dirigido por el profesor Alzheimer. En diciembre de 1906 obtuvo, en Madrid, el grado de Doctor en Medicina. Desde marzo hasta agosto de 1907 trabajó de nuevo en la clínica psiquiátrica de Munich y terminó su trabajo de anatomía patológica de la rabia publicado en el tercer volumen de los *Histologische und histopatologische Arbeiten*.

El 9 de agosto de 1907 solicitó, desde Bilbao, una pensión a la Junta para Ampliación de Estudios para acudir a Munich, París y diversos puntos de Inglaterra, por un período de 11 meses.⁵⁷

A instancias de Alzheimer, es nombrado Director del Servicio Anatomopatológico del Hospital Saint Elizabeth de Washington, en Septiembre de 1908. Volvió a España en 1910 y se incorporó al laboratorio de Cajal y a su cátedra, siendo nombrado médico del Hospital General.⁵⁸

En 1912 recibió de la Junta para Ampliación de Estudios el encargo de organizar el laboratorio en el que han de formarse los médicos que luego saldrán al extranjero para perfeccionarse. Por este laboratorio, situado en una sala del Museo

⁵⁷Datos obtenidos de la instancia de Achúcarro a la Junta de ampliación de Estudios, con fecha 9 de agosto de 1907. Archivo de la J.A.E. Residencia de Estudiantes. Caja núm. 1, expediente 32.

⁵⁸Lain (1968), pp. 59-61.

de Ciencias Naturales, van pasando jóvenes investigadores como Rodríguez Lafora, Gayerre, Del Río Hortega, Calandre y otros.⁵⁹

Sacristán se incorporó en 1912 al laboratorio de Histopatología que dirigía Achúcarro, creado por la Junta para Ampliación de Estudios, que dependía del Laboratorio de Investigaciones Biológicas del Ramón y Cajal. Aquí es donde fue iniciado en las técnicas histológicas del Sistema Nervioso Central y pudo estudiar el material histológico obtenido por Achúcarro. Comenzó a trabajar sobre la estructura de la glándula pineal, y realizó, en colaboración con Achúcarro, un trabajo importante en su carrera: "Investigaciones histológicas e histopatológicas de la glándula pineal humana". Se publicó en 1912, en los *Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid*. Este artículo le valió a Sacristán para ser pensionado por la Junta para Ampliación de Estudios ese mismo año. El mismo reconoce la valiosa colaboración de Achúcarro: "merced a la aplicación del método de Achúcarro me fue dado descubrir ciertos detalles anatómicos no descritos hasta entonces y que más tarde fueron ampliados por el Dr. Del Río Hortega".⁶⁰

Achúcarro fue histólogo, neurólogo y psiquiatra. Su labor como histólogo la desarrollaba en su laboratorio, su actividad como neurólogo en la sala de Neurología del Hospital General de Madrid, y, como refiere Sacristán, no tuvo medios para desarrollar adecuadamente su labor como psiquiatra:

(...) La figura de Achúcarro en Psiquiatría, es, indudablemente, la primera en España. (...) Aquí, donde todo cuanto se relaciona con las enfermedades mentales está vergonzosamente olvidado, Achúcarro comenzó a encauzar a unos cuantos por el camino serio y científico que la Psiquiatría moderna sigue en el resto del mundo; en una palabra, principió a crear una escuela, la cual hubiese podido hacer una labor nacional en ese sentido. (...)

Lo que, desgraciadamente, faltó a Achúcarro fue una clínica oficial de enfermedades mentales donde poder trabajar con toda tranquilidad. Su sala del Hospital General de Madrid, era una sala de Neurología. (...)

La esperanza⁶¹ que en vida del inolvidable Achúcarro abrigábamos, de la posible existencia de una escuela española

⁵⁹Lain (1968), p. 62.

⁶⁰*Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

⁶¹En la publicación aparece la palabra "enseñanza". He dispuesto de un número original de *Hermes* corregido por Sacristán en el que tacha la palabra "enseñanza" y pone "esperanza", con lo que el texto adquiere significado.

de Psiquiatría, se ha perdido para mucho tiempo. Achúcarro era el hombre que España necesitaba, el único capacitado, que hubiese logrado la implantación de la Psiquiatría moderna científica en nuestro país.

(...) su nombre figurará con justicia como el del fundador de la Psiquiatría moderna en España.⁶²

Para Sacristán, Achúcarro fue, más que maestro, amigo:

...en él encontré un maestro y un amigo entrañable, cuya pérdida siento todavía con evidente amargura. A él debo mi orientación primera y sus consejos fueron excelente guía que traté siempre de seguir con toda fidelidad.⁶³

Desde el año 1911, en que se conocieron, mantuvieron una importante amistad. Sacristán conoció a Ortega y Gasset por medio de Achúcarro y ambos comienzan a acudir a las clases de Ortega:

El D.A. [Doctor Achúcarro] me presentó a Ortega el año 12 en la C. de S. J [Carrera de San Jerónimo]. Ya antes nos había hablado en su casa de él y por indicación suya acudíamos a su clase, en la U.[Universidad], a la caída de la tarde.⁶⁴

Achúcarro fue también quien le inició en la especialidad: "me orientó en mis primeros pasos en la especialidad".⁶⁵

Como ya se dijo, Sacristán se declara explícitamente discípulo suyo:

Su amistad, sus enseñanzas y consejos fueron decisivos para el curso ulterior de mi vida profesional. Su muerte quebró la continuidad de una escuela apenas iniciada por él. Los que pertenecíamos a ella seguimos después nuestro incierto camino sin guía, desorientados. La posibilidad, entonces, de una auténtica escuela española de psiquiatría se desvaneció.⁶⁶

Vallejo Nágera considera a Sacristán el discípulo predilecto de Achúcarro.⁶⁷

⁶²Sacristán (1918a).

⁶³*Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

⁶⁴Cuartilla manuscrita de Sacristán, titulada "Ortega y los médicos".

⁶⁵*Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

⁶⁶Sacristán (1951c).

⁶⁷Vallejo Nágera (1957).

De sus enseñanzas, Sacristán dice:

Fueron modelo de sencillez y de perspicacia. No solo nos enseñó neurología y psiquiatría, sino como hay que ser cordial y comprensivo con el enfermo.⁶⁸

A pesar de su prematura muerte, Achúcarro dejó importantes y numerosos discípulos, que trabajaron con él en el laboratorio de Ramón y Cajal y en el de la Residencia de Estudiantes, entre los que cabe citar a Lafora, Sacristán, Del Río Hortega, Calandre y Fortún. Su condición de histólogo, neurólogo y psiquiatra, y sus enormes cualidades como maestro, permitieron el desarrollo de sus discípulos en diversas áreas de la medicina: histólogos, neurólogos, cardiólogos y psiquiatras.

De los discípulos de Achúcarro, fue Sacristán el que siguió el camino psiquiátrico de una forma más pura. Lafora fue un destacado neuropsiquiatra y neuropatólogo y son sumamente importantes sus aportaciones como neurólogo e histopatólogo (cuerpos de Lafora). Incesante trabajador, compaginó la psiquiatría y la neurología. Es el personaje más estudiado de esta generación.

Fortún se inició en la neurología y la psiquiatría. Trabajó con Achúcarro en el laboratorio de Cajal y con Monakow en Suiza; posteriormente, en 1919, junto a Sacristán en el Manicomio de Mujeres de Ciempozuelos, durante un año y medio. Tras enfermar marchó a Suiza y, a la vuelta, dejó la psiquiatría y se estableció en Málaga, dedicándose al estudio de "las enfermedades del pecho".⁶⁹

Calandre fue un gran cardiólogo y Del Río Hortega siguió, de forma brillante, la línea histológica de Cajal y Achúcarro.

Sacristán apenas trabajó en Neurología y, a partir de su incorporación al manicomio de mujeres de Ciempozuelos, en 1919, se dedicará en exclusiva a la psiquiatría, algo atípico en esa época en Madrid. Entre las publicaciones científicas posteriores de Sacristán no se encuentra ninguna ajena a la psiquiatría. Puede decirse que, de los discípulos de Achúcarro, Sacristán fue el único que se dedicó de una forma exclusiva a la psiquiatría, sin compaginarla con otras actividades médicas.

Según Sacristán, una de las más sobresalientes actividades de Achúcarro era el ejercicio de la psiquiatría, para la que estaba especialmente dotado.⁷⁰

⁶⁸Sacristán (1951c).

⁶⁹Sacristán (s/f). Necrológica de Luis Fortún. No se ha podido localizar el lugar de publicación. Reproducida en el Apéndice núm. 3.

⁷⁰Sacristán (1952).

La influencia de Achúcarro sobre Sacristán no se limita a la iniciación en Histología, Histopatología y Psiquiatría, sino que es, además, el impulsor de la marcha de Sacristán a Alemania para ampliar sus estudios.

El regreso de Sacristán de Alemania, en 1914, coincide con el nombramiento de Achúcarro como secretario del Patronato de Anormales, que organiza cursos de psiquiatría infantil para maestros⁷¹. Achúcarro sugiere a Sacristán que se dedique a la psiquiatría infantil, pero a éste no le atrae.⁷²

En resumen, Achúcarro fue un hombre clave en la formación psiquiátrica de Sacristán, con el que mantuvo una importante amistad, siendo uno de sus discípulos predilectos. Achúcarro es uno de los dos grandes maestros psiquiátricos que tuvo Sacristán en España.

2.3.2. Miguel de los Santos Gayarre Espinal (1866-1936)

El otro gran maestro español de Sacristán. Nació el 5 de julio de 1866 en la calle San Miguel, números 7 y 9, de Pamplona. Realizó el Bachillerato en la misma capital, finalizando en 1881 con nota de sobresaliente y Premio Extraordinario en la Sección de Letras. Comenzó sus estudios de Medicina en la Universidad de Madrid en el curso 1881-82, obteniendo la licenciatura en 1890, con 9 matriculas de honor, 16 sobresalientes y 7 premios.⁷³

Pertenecía al grupo de eminentes clínicos que con Simarro y Madinaveitia influyó de modo decisivo y fundamental sobre la medicina española. Fue discípulo de Openheim en Berlín. Conocía varios idiomas. Hombre de gran modestia, poco interesado por lo externo y espectacular, se mantuvo alejado de actividades ajenas a la ciencia pura. La muerte de uno de sus hijos le condujo a una prematura retirada de su profesión.⁷⁴

Gayarre acudía al laboratorio que Simarro y Madinaveitia tenían en la calle General Oráa:

⁷¹Laín (1968), p. 64.

⁷²Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁷³Archivo General de la administración. Sección Educación. Caja 15827. Expediente personal de Miguel Gayarre.

⁷⁴Sacristán (1936a).

Allí se practicaban análisis clínicos y se estudiaban anatomopatológicamente las piezas de autopsia de los enfermos que morían en las salas del profesor Madinaveitia y también fragmentos de cerebro y de médula espinal de casos autopsiados de enfermedades del sistema nervioso que interesaban al doctor Gayarre, neuropsiquiatra, y al doctor Achúcarro... ⁷⁵

En 1903 solicita opositar a la Cátedra de Higiene de la Universidad de Cádiz y en 1904 a la Cátedra de Prácticas de Bacteriología e Higiene de la Universidad Central.⁷⁶

Era conocido como neurólogo y como psiquiatra. Dirigía el sanatorio privado de Nuestra Señora de los Ángeles, así como el manicomio de Ciempozuelos desde 1908, en que sustituye a Francisco Maraver. Cuando se busca sustituto a Maraver se piensa en Simarro al que se considera en ese momento el mejor psiquiatra. El Padre Benito Menni acude a ver a Simarro y le propone la dirección de Ciempozuelos, éste no acepta pero le propone a uno de sus discípulos: Miguel Gayarre.⁷⁷

Poco dado a escribir, fue Redactor Jefe de la *Revista Clínica de Madrid*, donde publicó algunos artículos: "Un caso de corea de Huntington", "La analgesia ocular consecutiva a las lesiones de simpático", y numerosas reseñas. Fue el primer español que realizó una exposición del psicoanálisis, en 1909,⁷⁸ con un trabajo titulado "La génesis sexual del histerismo y de las neurosis en general".⁷⁹ Fue elegido Vicepresidente de la Sociedad Española de Biología en sesión celebrada el 11 de Noviembre de 1922, publicando en el Boletín de dicha Sociedad un trabajo con Marañón: "La reacción meiotagmínica en la sífilis"⁸⁰ y otro con Achúcarro: "Nuevos estudios sobre la histopatología de la parálisis general con el método al cloruro de oro y sublimado de Cajal".⁸¹

En lo personal era un hombre muy intuitivo y analista, captaba perfectamente a la gente. Era poco social, huía de la publicidad. Muy tímido y aprensivo, gran

⁷⁵Lafora (1968), p. 95.

⁷⁶Archivo General de la administración. Sección de Educación Caja 15827. Expediente personal de Miguel Gayarre.

⁷⁷López de Lerma (1991), p. 139.

⁷⁸Lázaro (1991), p. 5.

⁷⁹Gayarre (1909).

⁸⁰Marañón y Gayarre (1911).

⁸¹Achúcarro y Gayarre (1912).

pesimista. Era hombre de pocas ambiciones económicas, muy modesto en su vida. Poco interesado por la consulta privada. Veraneaba en Biarritz, donde se le podía ver por las diferentes librerías. Le encantaba la montaña, el campo y las excursiones, aficionado a la música. Gran amigo de Cajal y de Madinaveitia. La muerte de su hijo Paco fue un golpe muy duro para él. La impotencia de la ciencia ante la enfermedad de su hijo le supuso un gran desencanto. Tuvo un verdadero derrumbamiento psíquico. Murió en Hendaya⁸² de un infarto.⁸³

Gayarre es el otro gran maestro español de Sacristán, al que tuvo como interno en el Sanatorio de Nuestra Señora de los Ángeles. Posteriormente le cedió su puesto de Director en el manicomio de Ciempozuelos y en el Sanatorio de Nuestra Señora de los Ángeles, permitiéndole iniciarse en la clínica psiquiátrica.

2.3.3. Luis Simarro Lacabra (1851-1921)

Luis Simarro Lacabra es una de las figuras de la psiquiatría de la época. Vinculado estrechamente a la Institución Libre de Enseñanza, estuvo al frente del manicomio de Santa Isabel, en Leganés, desde 1877 hasta 1879. Posteriormente, en 1880, marchó a París, donde estudió con Charcot, Magnan y Bell; volvió a España en 1885 convertido en un especialista. En 1902 tomó posesión de la cátedra de psicología experimental⁸⁴ y creó, junto a J. Madinaveitia, el laboratorio de la calle General Oráa, en el que se realizaban análisis clínicos y estudios anatomopatológicos;⁸⁵ en dicho laboratorio se inician muchos jóvenes investigadores.

La enseñanza de Simarro tuvo una notable influencia sobre Achúcarro y Gayarre, pero apenas tuvo influencia directa sobre Sacristán. Diferentes fuentes⁸⁶ citan a Sacristán como discípulo de Simarro, lo cual es cierto si consideramos a Simarro como uno de los padres de la escuela de Madrid a la que pertenece Sacristán. Sin embargo, no ha podido ser comprobado por nuestra parte la enseñanza directa de Simarro; además, el hecho de que el propio Sacristán no le cite entre sus maestros, y sí cite a Achúcarro y Gayarre, nos inclina a pensar que el

⁸²Valenciano localiza Pamplona como lugar de su muerte. Carmen Gayarre, sobrina de Miguel Gayarre, (comunicación personal) conoce dicho error y asevera que murió en Hendaya.

⁸³Comunicación personal de Carmen Gayarre.

⁸⁴Salcedo (1926), pp. 30-6.

⁸⁵Lafora (1968), p. 95.

⁸⁶López Piñero (1983), p. 329. Germain y Solís (1982), p. 302.

contacto que pudo haber entre Simarro y Sacristán fue indirecto, a través de Achúcarro y Gayerre, que sí aprendieron directamente con Simarro. También es probable que Sacristán haya acudido en alguna ocasión al laboratorio de General Oráa, en compañía de Achúcarro, Gayerre o Lafora, pues era un centro de producción y saber científico e intelectual, pero no parece haber habido una enseñanza psiquiátrica directa entre Simarro y Sacristán. Por otro lado, Lafora no cita a Sacristán entre los que acuden al laboratorio de Simarro.⁸⁷ Es también un dato a considerar, aunque débil, que Sacristán escribiera sendas necrológicas de Achúcarro y Gayerre, pero no de Simarro.

En resumen, en 1911 tenemos a un joven Dr. Sacristán, con veinticuatro años, que se ha iniciado en fisiología, histología e histopatología, conocedor del trabajo de laboratorio y orientado en sus primeros pasos psiquiátricos por Achúcarro y Gayerre; el contacto con la elite psiquiátrica de Madrid le estimula a conocer más a fondo y en su origen las nuevas tendencias psiquiátricas en que sus maestros le han iniciado.

2.4. LA FORMACIÓN PSIQUIÁTRICA DE SACRISTÁN: ETAPA ALEMANA (1912-1914)

Cuando Sacristán termina sus estudios, ya la Junta para Ampliación de Estudios tiene en marcha su política de pensiones. A ello se une su cercanía al grupo de Cajal y Achúcarro y sus dotes investigadoras ya demostradas en diversas publicaciones, lo que le facilita la posibilidad de ampliar estudios en el extranjero.

2.4.1. La Pensión de la Junta para Ampliación de Estudios

Estimulado por Achúcarro, Sacristán decide marchar a Alemania a ampliar estudios. Su idea original es ir a trabajar con Alzheimer sobre temas de Fisiología e Histopatología en relación con las enfermedades mentales: "Por consejo de Achúcarro fui a Munich para seguir mis trabajos anatomopatológicos con el prof. Alzheimer".⁸⁸

⁸⁷Lafora (1968), pp. 95-105.

⁸⁸*Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

Solicita una pensión a la Junta para Ampliación de Estudios en una instancia con fecha 31 de enero de 1912:

En vista de la convocatoria para concesión de pensiones en el extranjero, publicada en la Gaceta de Madrid del 9 de los corrientes, solicita de V.E. una pensión de un año para estudiar la Fisiología normal y patológica e Histopatología de las glándulas de secreción interna en sus relaciones con las enfermedades mentales, en el Laboratorio de la Clínica de Psiquiatría del Profesor Dr. A. Alzheimer en Munich, cuyos interesantísimos trabajos histopatológicos son tan conocidos que no necesitan citarse.⁸⁹

A continuación enumera los trabajos que ha realizado con el Dr. Marañón y describe los que realiza en ese momento:

Actualmente llevo a cabo un estudio sobre Histología e Histopatología de la glándula pineal humana. En esta investigación hemos empezado a aplicar los métodos más modernos de técnica y especialmente los del nitrato de plata reducido; utilizando material de diferentes animales y el procedente de las autopsias practicadas en el Hospital General y en el Manicomio de Ciempozuelos. (...). Esta investigación la efectúo en el Laboratorio de Histopatología que a cargo del Dr. Don Nicolás Achúcarro posee la Junta para ampliación de estudios e investigaciones científicas, dependiente del Laboratorio de Investigaciones Biológicas del Profesor Dr. Ramón y Cajal.

La pensión le fue concedida por Real Orden del 27 de Junio de 1912, con una duración de 12 meses, que comenzaba el 1 de Agosto de 1912 (véase Apéndice núm. 4). Posteriormente, Sacristán solicitó una prórroga de seis meses en una instancia, fechada en Munich el 28 de junio de 1913:

(...) faltándole dos meses para el término de la indicada pensión y considerando que los trabajos que lleva a cabo en el Laboratorio químico de la Real Clínica Psiquiátrica de Munich requieren aún bastante tiempo para su conclusión, solicita a V.E. una prórroga de seis meses con objeto de continuar sus trabajos en el mencionado laboratorio.⁹⁰

⁸⁹Archivo de la Junta de Ampliación de Estudios. Residencia de Estudiantes. Caja 130, Expediente 17.

⁹⁰Archivo de la Junta para Ampliación de Estudios. Residencia de Estudiantes. Caja 130, Expediente 17.

Como puede verse, la idea original de Sacristán es trabajar con Alzheimer. Marcha a Munich y se encuentra con la ausencia de Alzheimer, que había sido nombrado para sustituir a Bonhöffer en la Clínica de Neurología y Psiquiatría de Breslau. Allí va Sacristán a verle,⁹¹ le encuentra gravemente enfermo y vuelve a Munich, a la clínica de Kraepelin, también por consejo de Achúcarro. Este hecho cambia los planes originales de Sacristán, pues, en aquel momento, Kraepelin concedía un gran valor a las investigaciones del metabolismo en las enfermedades mentales, "en consonancia con su criterio acerca de las causas de las enfermedades mentales". Ingresa como asistente voluntario en el laboratorio químico de la Clínica de Munich, regido por el Dr. Rudolf Allers, compaginando estos trabajos del laboratorio con la asistencia a los cursos impartidos por Kraepelin en la Clínica Psiquiátrica.⁹²

En palabras del propio Sacristán:

... El año 12 fui pensionado a Alemania para continuar estos estudios, pero la grave enfermedad del prof. Alzheimer (...) me impidió ejercitar el estudio de la anatomía patológica de las psicosis, que por aquel entonces se hallaban en su mayor apogeo y de la cual se esperaban grandes resultados. El desánimo que esta contrariedad me produjo me obligó a cambiar de dirección en mis estudios e ingresé como asistente voluntario en el laboratorio químico de la U. de Munich.⁹³

Los trabajos realizados en España, con Achúcarro, son de tipo histológico. Sacristán precisa otra formación para adaptarse a esta nueva situación:

... tal cambio en mis actividades exigía nuevos estudios para los cuales no me creía preparado, dada mi reducida y elemental cultura química, que no oculté al prof. Kraepelin ni al Dr. Allers jefe del lab.⁹⁴

Sacristán desarrolla en Alemania dos actividades paralelas. Por un lado los trabajos en el laboratorio de química de la Clínica psiquiátrica de la Universidad de

⁹¹Véase Apéndice núm. 5.

⁹²*Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

⁹³*Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

⁹⁴*Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

Munich. Allí trabaja con Rudolf Allers y realiza una serie de investigaciones acerca de la conducta del recambio nutritivo en las psicosis. Una parte de estas investigaciones se publicó en la *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, en los tomos XX⁹⁵ y L⁹⁶, en colaboración con Allers. Estos trabajos versaban sobre el metabolismo nitrogenado en la epilepsia, el recambio purínico endógeno en la parálisis general y la existencia de albumosas en la orina de enfermos paralíticos.⁹⁷ En otras publicaciones de Allers se hace referencia a los trabajos realizados por Sacristán.⁹⁸ También en un trabajo realizado por Marc Serejsky⁹⁹ es citado Sacristán como el autor de los trabajos de análisis de albumosas en orina de los enfermos.

Por otra parte, Sacristán asiste a los diferentes cursos que imparte Kraepelin en la Clínica psiquiátrica.

En el semestre de invierno de 1912/13 elige, de entre los cursos y conferencias que se impartirán en la Universidad de Munich, los tres que imparte Kraepelin; son los siguientes:¹⁰⁰

-*Anleitung zu wissenschaftlichen Arbeiten* (Dirección para trabajos científicos),

-*Psychiatrische Klinik* (Clínica psiquiátrica).

-*Klinische Demonstrationen für Vorgeschrittenere* (Demostraciones clínicas).¹⁰¹

En el semestre de verano de 1913, Sacristán realiza de nuevo dos de los cursos impartidos por Kraepelin, el de dirección para trabajos científicos y el de demostraciones clínicas.¹⁰²

En el semestre de 1913/14 vuelve a matricularse en dos de los cursos dirigidos por Kraepelin, el de clínica psiquiátrica, cuatro horas semanales, y demostraciones clínicas, dos horas semanales. Además realiza dos cursos impartidos

⁹⁵Sacristán (1913).

⁹⁶Un artículo firmado únicamente por R. Allers, pero en el que se refiere a los trabajos realizados por Sacristán. Allers (1919), p. 174

⁹⁷Archivo de la Junta para Ampliación de Estudios. Residencia de estudiantes. Caja 130, Expediente 17.

⁹⁸*Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, O. Band XXV, p. 291, y O. Band L, p. 154. En el primero de ellos, Allers habla de los resultados obtenidos por él y por Sacristán en los trabajos sobre el metabolismo en los intervalos libres de ataques en epilépticos; en el segundo habla sobre el metabolismo endógeno de las purinas y la eliminación de nitrógeno total según los resultados obtenidos por el Dr. Sacristán. Dichos trabajos están firmados únicamente por R. Allers.

⁹⁹*Aus dem chemischen laboratorum der psychiatrischen klinik zu München: Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der progressiven paralyse* 4, p. 44. Julius Springer, Berlin, 1913.

¹⁰⁰Recibo de la matrícula de fecha 30 de noviembre de 1912.

¹⁰¹La traducción es del propio Sacristán en *Revista Clínica de Madrid*, tomo 8, núm. 20, 1912.

¹⁰²Matrícula de los cursos, de fecha 15 de mayo de 1913. (véase Apéndice núm. 6).

por Allers: *Die Physiologie und Pathologie der inneren Sekretion in ihrer Beziehung zum Nervensystem* (La Fisiología y Patología de las secreciones internas en relación con el sistema nervioso), dos horas semanales, y *Arbeiten im chemischen Laboratorium der psychiatrische Klinik* (Trabajos en el laboratorio de química de la clínica psiquiátrica), cuarenta y ocho horas semanales.¹⁰³

Es llamativa la reiterada asistencia de Sacristán a los cursos de Kraepelin, que debió de suscitar en él una gran admiración, que le llevó seguir de forma continua y sin interrupción las enseñanzas de Kraepelin durante el tiempo que permaneció en Alemania.

Como puede verse, Sacristán está completando una sólida formación. A sus conocimientos fisiológicos e histopatológicos se añade la investigación en bioquímica con Allers, y la formación teórica y práctica en la Clínica psiquiátrica con Kraepelin. Estas dos facetas, la investigación bioquímica de las enfermedades mentales y la clínica psiquiátrica, serán para siempre las principales atracciones para Sacristán, aunque a su regreso a España, como se verá posteriormente, no pudo llevarlas a cabo en la forma que hubiera deseado.

Sacristán envía desde Munich, para su publicación en la *Revista Clínica de Madrid*,¹⁰⁴ el programa de las conferencias y cursos prácticos del semestre de invierno (véase Apéndice núm. 8), y ya comienza a denunciar el abandono en que se encuentra la enseñanza de la psiquiatría en España.

En Munich, Sacristán coincidió con el historiador Ramón Carande y con Julio Camba, corresponsal de ABC, con el que hizo gran amistad. Camba llegó a Munich en 1913, procedente de Londres, incorporándose a la tertulia, que Sacristán frecuentaba, del Café Luitpold; Camba, hombre viajero y elegante, gran gourmet, inició en estas lides a Sacristán. Pronto marchó a Berlín por orden de su periódico.¹⁰⁵ Posteriormente volverían a coincidir en la tertulia del restaurante Lhardy en Madrid.

2.4.2. Su gran maestro: Kraepelin

En 1912, cuando Sacristán entra en contacto con Kraepelin, éste tiene 56 años, y es, desde 1903, catedrático de Psiquiatría y Neurología de la Universidad de

¹⁰³Recibo de matrícula de fecha 8 de noviembre de 1913. (véase Apéndice núm. 7).

¹⁰⁴Tomo 8, núm. 20. 1912.

¹⁰⁵Sacristán (1952).

Munich y se encuentra en plena madurez de espíritu y productividad. Se está editando la octava edición de su *Tratado de Psiquiatría*, que aparece entre los años 1909 y 1915, en cuatro tomos. La sistemática creada por Kraepelin estaba extendiéndose por el mundo psiquiátrico. Alemania constituye, en ese momento, la avanzadilla psiquiátrica mundial.

Sacristán está aprendiendo directamente del propio Kraepelin, en sus clases, durante tres cursos, con demostraciones prácticas. Desde que Sacristán llega a Munich asiste de forma ininterrumpida a las demostraciones clínicas de Kraepelin, que indican el interés que éste despertó en su discípulo.

Kraepelin se convertirá para siempre en el norte psiquiátrico de Sacristán. Marcado por la impronta kraepeliniana, Sacristán difundirá en España sus ideas, y seguirá fiel a sus principios científicos hasta el final de su vida. Ello no impidió que discrepara de algunas ideas de Kraepelin como en el tema de la narcosis de Kläsi, sobre la que Kraepelin no tenía experiencia y consideraba peligrosa,¹⁰⁶ y que Sacristán utilizó y defendió.¹⁰⁷

La relación con Kraepelin se prolongó más allá del regreso de Sacristán a España, manteniendo el contacto y el aprecio mutuo hasta la muerte de Kraepelin en 1926, que motiva la publicación de una necrológica en *Archivos de Neurobiología*,¹⁰⁸ por la cual Sacristán recibe una carta (25-10-1926) de felicitación, firmada por Spielmeyer, del *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie* (Instituto de Investigación Alemán para la Psiquiatría), centro fundado por Kraepelin en 1917.

Una muestra de la consideración que tenía Kraepelin por Sacristán es el hecho de remitirle enfermos españoles que habían acudido a visitarle. En dos cartas fechadas en Munich, en 1922 y 1925,¹⁰⁹ Kraepelin le recomienda dos pacientes españoles tratados por él en Alemania, que iban a Madrid. En la primera de ellas dice:

Hoy a ha venido aquí un señor González con un trastorno de escritura que pertenece a la por mí descrita «neurosis de expectativa». El tratamiento consistía en una influencia hipnótica que desgraciadamente no puedo hacer porque sería preciso el conocimiento exacto del español. Por esto he

¹⁰⁶*Archivos de Neurobiología*, tomo 5, p. 82.

¹⁰⁷Sacristán y Pinto (1924).

¹⁰⁸También se publicó en *El Sol* (19-10-1926).

¹⁰⁹Reproducción de las originales en Apéndice núm. 9.

recomendado al paciente dirigirse a usted porque además tenía la idea de ir a Madrid. Con una sugestión hipnótica cuidadosa llegaría, como creo, seguramente a una meta. En un trastorno orgánico desde luego no hay que pensar. El paciente es, al parecer, un miedoso psicópata de ánimo lábil. Me interesaría mucho recibir de Vd. información sobre el éxito.

En la otra carta, de 24 de Junio de 1925 dice:

La Señora María fue tratada por mí hace largo tiempo de extrañas crisis aunque yo naturalmente no podía observarla. Tuve razones para considerarlas como epilépticas. Con aplicación de Luminal (0.1 a 0.2 diarios) las crisis han desaparecido desde hace 3/4 de año. He recomendado seguir con pequeñas dosis de Luminal de 0.1 diarios hasta fin de año y desde entonces cada dos días aproximadamente medio año, luego medio año más cada tercer día, en el supuesto de que las crisis no reaparezcan. Con posterioridad se puede ensayar dejarlo por completo. Como la señora se va a Madrid le he recomendado ponerse en comunicación con Vd. si lo necesitase.

Esta situación la comenta Sacristán en su *curriculum vitae*:

...¹¹⁰ fue recibir en mi casa algunos enfermos españoles que habían acudido a consultar con él [Kraepelin] y el cual a su vez los dirigía a mí. Aunque parezca algo pueril traer aquí este recuerdo lo hago como indicación, pecando a sabiendas de inmodesto, de que algo significaba, para aquel hombre, nuestra personalidad médica.

En otra carta (5 de noviembre de 1920) Kraepelin da el consentimiento a Sacristán para la traducción del libro *Hundert Jahre Psychiatrie* (Cien años de Psiquiatría), indicándole se ponga en contacto con la editorial Julius Springer que posee los derechos de traducción; finalmente no pudo llevarse a cabo este proyecto.

En 1924, Kraepelin acude a Barcelona invitado por Belarmino Rodríguez Arias, que tenía una paciente afecta de neurosífilis cuyo marido pidió que fuese vista por el mejor especialista.¹¹¹ La estancia de Kraepelin coincide con la reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. Desde el Hotel Majestic de Barcelona, Kraepelin escribe una carta¹¹² a Sacristán en la que le indica haber

¹¹⁰Illegible en el original.

¹¹¹Comunicación personal de Rodríguez Arias a José Lázaro, entrevista registrada en soporte magnético, diciembre 1993.

¹¹²Carta de 30 de diciembre de 1924.

recibido su misiva y se lamenta de no disponer de tiempo para desplazarse a Madrid, también indica que le hubiera gustado mucho dar una conferencia, pero hubiera sido muy difícil por su desconocimiento del español y la imposibilidad de preparar dicha conferencia. Añade que ha visto cosas interesantes y ha sido muy bien recibido en Cataluña y envía afectuosos saludos al profesor Ramón y Cajal.

En cuanto a lo que significó Kraepelin para Sacristán, éste le consideraba "el creador de la nueva Psiquiatría clínica", su gran maestro que le influyó enormemente. Como dice el propio Sacristán:

La influencia de K. sobre nuestra formación la considero de suma importancia, aún cuando hoy, pasados 20 años la evolución de la ciencia psiquiátrica, nos haya desviado de una actitud absolutamente ortodoxa.¹¹³

Sacristán era un gran conocedor y admirador de la obra kraepeliniana. Consideraba que fue el primero en aplicar la metodología de la psicología experimental a la psiquiatría, que gracias a él todos los psiquiatras del mundo podían entenderse, que las doctrinas fundamentales de Kraepelin constituían la base de toda investigación psiquiátrica seria, que gracias a su principio clínico de investigación se había producido el avance de la psiquiatría clínica; también considera Sacristán que la labor de Kraepelin en España "... suele juzgarse muy a la ligera y sin un conocimiento profundo de la misma...".¹¹⁴

La obra de Kraepelin ha sido decisiva para la psiquiatría. Esto nadie puede dudarlo. Su vida científica ha sido una vida puramente creadora. Si comparamos su figura con la de otros psiquiatras o incluso con la de gran número de médicos que al final de su vida no cuentan con un haber positivo de su contribución al progreso y la evolución de su ciencia, la labor de Kraepelin adquiere máximo relieve.¹¹⁵

Hasta el final de su vida siguió fiel a los postulados kraepelinianos, defendiéndolos aún cuando ya estaban siendo denostado por los jóvenes psiquiatras.

En la necrológica que publicó Sacristán, a la muerte de Kraepelin, se expresa la importancia, la admiración y el aprecio que sentía por él:

¹¹³ *Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

¹¹⁴ Sacristán (1946a), p. 4.

¹¹⁵ Sacristán (1946a), p. 27.

Los que hemos tenido la gran fortuna de ser iniciados en la clínica psiquiátrica por el maestro Kraepelin y hemos recibido la lección diaria de su amor al trabajo y de su ejemplar austeridad, jamás podremos olvidar cuanto en el orden científico y moral le debemos.

Kraepelin ha logrado formar una escuela integrada por psiquiatras de todo el mundo. Todo aquel que deseaba recibir una enseñanza psiquiátrica fundamentalmente sería acudía a la clínica de Munich (...). Su gran obra de psiquiatría es el refugio de todo psiquiatra en los momentos de duda, y a ella seguimos y seguiremos acudiendo todos los psiquiatras como fuente inagotable, no solo de soluciones prácticas, sino como vivero de incitaciones al trabajo puramente científico (...).

La labor de Kraepelin, hoy amenazada, en apariencia, por las nuevas generaciones psiquiátricas, señalará eternamente en la evolución de la psiquiatría el comienzo de la era científica de esta rama de la patología (...).¹¹⁶

Desde el punto de vista humano:

Kraepelin era un hombre sencillo y austero, entregado en cuerpo y alma a su ciencia. No perdonaba el devaneo con otras ciencias o actividades del espíritu, como no fueran aprovechables en beneficio del conocimiento psiquiátrico. (...) La rigurosa disciplina científica que supo infundir a sus discípulos constituía un tesoro de valor inapreciable, de evidente trascendencia para el porvenir científico de éstos.¹¹⁷

Sacristán, tras casi 18 meses de estancia en Alemania, regresa a España en la primavera de 1914.

2.5. LA INSTITUCIÓN LIBRE DE ENSEÑANZA Y LA JUNTA PARA AMPLIACIÓN DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

2.5.1. La Institución Libre de Enseñanza

No puede considerarse a Sacristán un hombre directamente vinculado a la Institución. Su relación fue más estrecha con sus instituciones filiales como la Junta para Ampliación de Estudios y la Residencia de Estudiantes. Conoció a muchos hombres de la Institución, como Giner, Cossío, Carande, Juan Ramón Jiménez, etc.

¹¹⁶Sacristán (1926c).

¹¹⁷Sacristán (1946a), p. 4.

Con Giner de los Ríos el krausismo había tomado una nueva forma y un espíritu más amplio y nacional, que llevó a considerar a su grupo como diferente del krausista y a hablar de "gente de la Institución", como sinónimo de hombre de principios y de vocación y también de un cierto puritanismo, que predicaba desde las cátedras universitarias un tipo de reforma nacional a través de la enseñanza; alejado de la política, con espíritu liberal, la religión comprende la vida total del espíritu, es una conducta espiritual, un modo espiritual de tomar las cosas.¹¹⁸ No puede considerarse a Sacristán como hombre de la Institución, pues ni era un puritano, ni era religioso, ni se ocupaba de temas educativos; su única ocupación fue la psiquiatría y el enfermo mental, no se dispersó en otros menesteres que no fueran los de la profesión de médico y psiquiatra; si coincidía en su alejamiento de la política, en su actitud liberal y en el deseo de renovación de las estructuras, en su caso, psiquiátricas.

Sacristán conoció a Giner de los Ríos de forma anecdótica, siendo estudiante: el joven Sacristán tenía una novia que veraneaba en El Pardo, a la que visitaba con frecuencia, para lo cual se desplazaba en tren. En uno de los viajes estaba ocupado en la lectura de un libro en alemán de Kant, libro que dejó en su asiento para ausentarse al servicio. Cuando volvió, había un señor que estaba mirando el libro de Kant que había dejado en el asiento. Ese señor era Giner de los Ríos y al acercarse establecieron una breve conversación.¹¹⁹

También es posible que mantuviera un contacto con la Institución a través de diversos amigos como Achúcarro, que conocía a Francisco Giner. Asimismo había trabado amistad en Munich con Ramón Carande, personaje de la Institución, Catedrático de Economía política en la Universidad de Sevilla. Posteriormente desarrolló una gran amistad con Alberto Jiménez Fraud y su esposa Natalia, hija de Cossío, amistad que creció entre los jardines de la Residencia a la que solía acudir Sacristán.

Sacristán atendió como psiquiatra a Carmen López Viqueira, esposa de M.B. Cossío, en el Sanatorio de Nuestra Señora de los Ángeles, pues "a partir de 1916 tiene que sufrir internamientos temporales en un sanatorio psiquiátrico".¹²⁰ En una

¹¹⁸Jiménez Fraud (1971), pp. 375-88.

¹¹⁹Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

¹²⁰Jiménez-Landy (1989), p. 55.

sencilla y dulce carta, fechada el 7 de octubre de 1924, Cossío comunica a Sacristán que "por Natalia y Alberto sé lo que Vd. dice sobre la marcha de mi enferma".

El hijo mayor de Sacristán, Antonio, estudió en la Institución, y considera que su padre no tuvo vinculación con ella. Los dos hijos pequeños, Emilio y José Miguel, estudiaron en el Instituto-Escuela. Sacristán no realizó publicación alguna en el *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza*.

2.5.2. La Junta para Ampliación de Estudios

Los esfuerzos que los reformistas de la Institución habían realizado en pro de la reforma universitaria van dando frutos. El acercamiento de algunos políticos distinguidos a los hombres de la Institución en busca de consejo para nuevas creaciones oficiales que acelerasen la reforma universitaria llevó a la creación, en 1907, de la Junta para Ampliación de Estudios. Se creó la Junta como institución autónoma regida por un Consejo de 21 miembros, presididos por Ramón y Cajal. La primera actividad de la Junta consistió en enviar pensionados a los centros científicos extranjeros con objeto de ampliar estudios.¹²¹

Ya se ha visto como la Junta pensiona a Sacristán para ir a Munich. Pero la relación de Sacristán con la Junta no termina ahí. Por una parte, a su vuelta de Alemania trabaja en los laboratorios de la Residencia, como se verá con detalle en el capítulo 3; por otra parte, con fecha 11 de julio de 1927, Sacristán solicita de la Junta una pensión para acudir a unos congresos científicos en Viena, y una vez más aprovecha la ocasión para criticar la asistencia psiquiátrica en nuestro país y reivindicar mejoras:

En el próximo mes de Septiembre tendrán lugar en la ciudad de Viena tres reuniones neuropsiquiátricas de suma trascendencia científica: la reunión anual de la *Deutschen Verein für Psychiatrie* (del 13 al 14), la séptima asamblea de la *Gesellschaft Deutscher Nervenärzte* (del 15 al 17) y el *IV Congreso Internacional de Psicología Individual* (del 17 al 19). (...)

El psiquiatra español se halla por desgracia muy lejos de poder recibir directamente en su propio país, el ejemplo vivo de la experiencia científica de investigadores de la categoría de los que tomarán parte en los congresos apuntados. (...) Y además, como es bien sabido, en nuestro país se halla cuanto a la

¹²¹Jiménez Fraud (1971), pp. 396-7.

asistencia psiquiátrica se refiere en un estado de inferioridad manifiesto que exige una completa transformación.¹²²

Con fecha 3 agosto 1927, la Comisión Ejecutiva concede a Sacristán una pensión de 15 días para asistir a Viena, con la asignación de 600 pesetas para viajes y 25 pesetas diarias durante ese tiempo (véase Apéndice núm. 10).

Hay aún otro contacto con la Junta de Ampliación de Estudios, poco antes de estallar la guerra civil, que pone de manifiesto el innegable talante de hombre de ciencia, amante del laboratorio, que fue Sacristán, que, a sus 49 años, pretende reanudar sus interrumpidas investigaciones en el laboratorio,¹²³ no olvidando nunca la importancia que tenía la investigación básica para el progreso de la psiquiatría.¹²⁴ En instancia con fecha 16 de mayo de 1936, dirigida al Presidente de la Junta, Sacristán expone los trabajos realizados con Negrín, y con Allers en Alemania, y solicita reanudar sus investigaciones en bioquímica, "enterado de que actualmente está en vías de organización en el Instituto Cajal un laboratorio dedicado especialmente a esta clase de investigaciones", pide le sea concedida "la dirección de la indicada sección o en su defecto una beca en la misma, con objeto de poder llevar a cabo una labor para la cual recibió en su día la preparación necesaria, precisamente bajo los auspicios de la Junta para Ampliación de Estudios".¹²⁵

Más continuado e intenso será el contacto que mantendrá Sacristán, tras su vuelta a España, con la Residencia de Estudiantes.

¹²²Archivo de la Junta de Ampliación de Estudios. Residencia de Estudiantes. Caja 130, Expediente 17.

¹²³Sacristán realizaba trabajos de laboratorio en consonancia con las modestas instalaciones de que disponía en Ciempozuelos. Véanse las publicaciones de Sacristán con trabajo de laboratorio: Sacristán, Salas y Fanjul (1930), Sacristán y Salas (1930), Sacristán y Peraña (1933), Sacristán (1934).

¹²⁴Cfr. Castilla del Pino (1987), que considera que Sacristán abandona rápidamente el laboratorio dedicándose por entero a la clínica.

¹²⁵Archivo de la Junta de Ampliación de estudios. Residencia de Estudiantes. Caja 130, Expediente 17.

CAPÍTULO 3: REGRESO A ESPAÑA (1914-1936). EL ESPLENDOR

3.1. LA RESIDENCIA DE ESTUDIANTES

A su llegada de Alemania, Sacristán se encuentra con la dura realidad de la vida científica española: la carencia de medios que le imposibilitan la continuación de sus estudios e investigaciones, y un considerable retraso en la organización de la asistencia psiquiátrica, así como la ausencia de enseñanza oficial de la psiquiatría.

La Residencia de Estudiantes es uno de los escasos centros que dispone de laboratorios, con modestas instalaciones, para la investigación. Allí trabajan diferentes científicos como Cajal, Negrín, Calandre, Del Río y su maestro y amigo Achúcarro, que le abre las puertas de su recién estrenado laboratorio de Histopatología del Sistema Nervioso, dependiente de la Junta para Ampliación de Estudios.

La Residencia de Estudiantes nace en septiembre de 1910 en un pequeño colegio universitario, en la calle Fortuny, de la mano de la Junta para Ampliación de Estudios. El primer año cuenta con 15 residentes; pronto se va desarrollando y ampliando. Desde el primer momento prestó la Residencia atención preferente a la educación técnica o especializada, sin olvidar que la función característica de las instituciones es ser centros de vida y progreso cultural. En 1913 empiezan las publicaciones de la Residencia con Ortega, Azorín, Antonio Machado, etcétera, las conferencias de hombres como d'Ors, Zulueta, Cambó, Morente, Turró, Unamuno, Ortega, etcétera. En 1913 la Residencia se traslada a las nuevas instalaciones de la calle del Pinar. La fama de la Residencia se extendía y era visitada por las grandes figuras que venían a España.¹²⁶

Sacristán será un asiduo visitante de la Residencia, participará en algunas de sus actividades y no interrumpirá su contacto hasta la guerra civil, que supone la desaparición de la Residencia de Estudiantes. Sacristán es aceptado en el laboratorio de Achúcarro situado en la Residencia; con fecha 25 de enero de 1915 solicita una beca a la Junta "para poder continuar los interrumpidos trabajos en el Laboratorio

¹²⁶Jiménez Fraud (1971), pp. 435-59.

de Histología Patológica del Sistema Nervioso a cargo del Dr. N. Achúcarro en el cual he sido acogido".¹²⁷

Le fue concedida dicha beca y permaneció con Achúcarro unos meses durante los cuales inició un estudio sobre "los productos de desintegración en el Sistema Nervioso Central y las modificaciones del aparato de Golgi en la..."¹²⁸ que quedaron inéditos y sin concluir por falta de medios".¹²⁹

En 1915 se funda el Laboratorio de Química fisiológica de la Junta bajo la dirección de los Doctores Antonio Madinaveitia y José Miguel Sacristán:

Funcionó hasta 1919. Se daba en él una enseñanza práctica fundamental para el futuro médico y se estudiaba metodología química clínica (análisis de orina, sangre, etc.) y bioquímica general normalmente en una lección teórica aclaratoria. Los problemas de aplicación clínica inmediata tenían primacía sobre otras cuestiones médicas.¹³⁰

La idea de Sacristán cuando regresa a España es continuar sus estudios de bioquímica en las enfermedades mentales iniciados en Alemania, pero no hay ningún centro que disponga de los medios adecuados. De entrada acude al laboratorio de Achúcarro, pero éste está dedicado a la histopatología. Posteriormente, la creación del Laboratorio de Química fisiológica cumpliría, en un principio, tal función, pero la carencia de medios materiales lleva a Sacristán a incorporarse al Laboratorio de Fisiología, creado en 1916 por la Junta para Ampliación de Estudios, y dirigido por Juan Negrín, que disponía de mejores medios, aunque no suficientes, como indican los frecuentes escritos de Negrín a Castillejos comunicándole las dificultades económicas y los problemas del personal científico que colaboraba en las investigaciones.¹³¹ Allí, Sacristán aprendió técnicas fisiológicas y llevó a cabo una serie de investigaciones sobre la acción de la nicotina en la glucemia, publicando dos trabajos, uno de ellos en colaboración con Negrín, en el *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, en el año 1918. Permaneció en este laboratorio hasta 1919 en

¹²⁷ Archivo de la Junta para Ampliación de Estudios. Residencia de Estudiantes. Caja 130, expediente 17.

¹²⁸ Illegible en el original.

¹²⁹ *Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

¹³⁰ Saenz de la Calzada (1986), p. 86.

¹³¹ Barona (1990), p. 266.

que fue nombrado Director del Manicomio de mujeres de Ciempozuelos. Las circunstancias adversas acabaron imponiéndose, como reconoce el mismo Sacristán:

La imposibilidad material de poder dedicar su actividad científica de un modo estricto al estudio de las alteraciones bioquímicas coexistentes con determinados procesos psíquicos patológicos por carecer de un centro especializado en la investigación de estas cuestiones obligó al que suscribe a renunciar a su beca y, en cierto modo también a este tipo de investigaciones para las que había recibido en el extranjero particular preparación.¹³²

Sin embargo, esto no supuso su ruptura con la Residencia de Estudiantes, ni con sus actividades. Sacristán contó con la colaboración de Negrín y Paulino Suárez para poder realizar algunos trabajos, más tarde, acerca de determinadas reacciones coloidales del líquido cefalorraquídeo y el nivel de bromo en la sangre, que publicó en revistas científicas alemanas.¹³³ La amistad que mantuvo con Negrín fue causa de una de las acusaciones que sufrió Sacristán al terminar la guerra civil. En el Expediente de Responsabilidades Políticas que se le abrió a Sacristán, una de las acusaciones fue: "Que el citado médico era conocido antes del movimiento Nacional por sus ideas y filiación descaradamente izquierdistas y sus estrechas relaciones con elementos destacados izquierdistas y marxistas como Azaña y Negrín". Otra acusación fue que el día del asesinato de Calvo Sotelo fueron a su casa, en automóvil, Negrín y Margarita Nelken, "saliendo de casa con ellos conversando animadamente".¹³⁴

En 1924 la Residencia crea una Sociedad de Cursos y Conferencias, que cuenta inicialmente con 164 socios, contándose el Dr. Sacristán entre éstos. Sacristán se convierte en un asiduo a la Residencia, donde pasa muchos ratos de tertulia:

Abajo, en unos bancos, platicaban con Jiménez Fraud, Ortega y Gasset, don Blas Cabrera, Sacristán el psiquiatra y algunos otros que no eran tan asiduos como éstos.¹³⁵

¹³²Archivo de la Junta para Ampliación de Estudios. Residencia de Estudiantes. Caja 130, Expediente 17.

¹³³Sacristán, Salas y Fanjul (1930) y Sacristán y Peraíta (1933).

¹³⁴Expediente de Responsabilidades Políticas. Archivo General de la Administración. Sección de Justicia. Signatura 3052.

¹³⁵Moreno Villa (1978).

También desarrolló una importante amistad con el pintor y poeta Moreno Villa. Entre los conferenciantes que acudieron a la Residencia se encontraban Rudolf Allers, con quién Sacristán había trabajado en Alemania, que vino a España en 1926 y dictó una conferencia sobre psicología del amor; S. Ferenzci en 1928, que dio una conferencia sobre "Aprendizaje del psicoanálisis y transformación psicoanalítica del carácter".¹³⁶ Durante la visita que realizó Ferenzci a España en octubre de 1928 escribió dos cartas, muy breves, a Sacristán, en la que le solicitó que se reunieran.¹³⁷ José Salas, discípulo de Sacristán, dio una conferencia acerca del psicodiagnóstico de Rorschach; en 1932 será el mismo Sacristán quien pronuncie una conferencia en la Residencia, titulada "Pasado y Presente de la asistencia psiquiátrica".¹³⁸

En 1931 la Residencia organiza un curso práctico de Psiquiatría Clínica para médicos. Se celebró durante los meses de enero a mayo, "aprovechando el amable ofrecimiento del Dr. Sacristán, que puso a disposición de los organizadores el importante material de que dispone en el manicomio de mujeres de Ciempozuelos, en cuyo establecimiento, por él dirigido, tuvieron lugar las sesiones". Eran seis alumnos: Pereira, Pascual del Roncal, Olías, Molina Nuñez, Peraíta y Solís. Médicos los tres primeros y estudiantes de quinto curso los restantes. Se concedieron dos becas, la "Beca Achúcarro", concedida a Peraíta y la "Beca Palomares" a Solís. Las becas fueron adjudicadas por una comisión formada por el Dr. Sacristán, Blas Cabrera, el Marqués de Palomares, Paulino Suárez y el Presidente de la Residencia.

Los alumnos fueron iniciados en la técnica de la exploración psiquiátrica, así como en las técnicas más modernas del examen del líquido cefalorraquídeo y en la terapéutica de las enfermedades mentales. Sacristán fue auxiliado por Salas, interno del manicomio. A raíz de este curso se pusieron en marcha una serie de trabajos de investigación, publicándose varios de ellos. Peraíta realizó un estudio sobre "El metabolismo hidrocarbonado en las psicosis", con Salas otro sobre "Las relaciones del líquido cefalorraquídeo" y con Sacristán sobre "El metabolismo del bromo en la psicosis maniaco depresiva endógena". Solís trabajó con Salas sobre "La permeabilidad meníngea según el método de Walter", "La remisión del líquido

¹³⁶V. Obras Completas de S. Ferenzci, tomo 4, p. 267.

¹³⁷Carta desde Madrid con fecha 4 de octubre de 1928 y carta desde Granada con fecha 7 de octubre de 1928. Inéditas.

¹³⁸Poesía, núm. 18-19, p. 141.

cefalorraquídeo en la parálisis general por el tratamiento malárico" y "El psicodiagnóstico de Rorschach en los niños".¹³⁹ Solís recuerda que "íbamos tres veces por semana, salíamos en un tren a las 7 de la mañana, tardábamos una hora en llegar a Ciempozuelos".¹⁴⁰

La Residencia es mucho más que un colegio universitario, es un auténtico centro de cultura al que acuden las más importantes figuras de las ciencias y las letras. Sacristán es un hombre de gran preparación, amigo de intelectuales, amante de las tertulias, que encuentra en la Residencia un lugar adecuado de fusión entre la ciencia y la cultura. Muchos de sus amigos estaban vinculados de una u otra forma a la Residencia de Estudiantes, Achúcarro, Ortega, Negrín, Blas Cabrera, Jiménez Fraud, etc.

Algunos pensionados ejercían en la Residencia una función especial de tipo formativo, sirviendo como consejeros y monitores, como auténticos tutores para los estudiantes. Entre ellos se encuentran Paulino Suárez, Establier Costa, López Suárez y Sacristán.¹⁴¹

Sacristán comparte el talante liberal, el espíritu de colaboración, la tolerancia y el afán de conocimiento que domina el "espíritu" de la Residencia. Jiménez Fraud¹⁴² hace referencia a la necesidad de huir de la idea general de asociar el estudio de las artes o letras con la educación liberal o humanista y el de las ciencias con los procesos técnicos de ellas. Considera que ambos deben estar unidos. En Sacristán se cumple esta idea y se dan cita las cualidades de la educación liberal o humanista y el conocimiento científico y sus consecuencias sociales.

3.2. LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

3.2.1. El Sanatorio de Nuestra Señora de los Ángeles

En octubre de 1914, Sacristán fue nombrado Director del Sanatorio Psiquiátrico Nuestra Señora de los Ángeles, sanatorio privado que pertenecía a las

¹³⁹Anónimo. *Residencia*, tomo 3, núm. 6, p. 179, 1932.

¹⁴⁰Comunicación personal de J. Solís (21 de diciembre de 1994).

¹⁴¹Ribera Casado (1983), núm. 991, p. 27.

¹⁴²Jiménez Fraud (1971), pp: 479-96.

Hermanas del Sagrado Corazón de Jesús, situado en la calle Pinar, junto a la Residencia de Estudiantes. Sustituyó como Director a Gayarre y prestó sus servicios hasta 1936, en que dejó su puesto a Escardó. Este es el primer trabajo de Sacristán en la práctica psiquiátrica. Sobre esta experiencia Sacristán dice:

Este puesto me permitió llevar a cabo un trabajo clínico sanatorial de elevado valor práctico. Pude así profundizar en el estudio de numerosos casos clínicos sin la...¹⁴³ y dispersión de tiempo que un servicio numeroso me habría impedido. La enseñanza clínica de este servicio la considero hoy, al cabo de los años, como excepcional. La clínica psiquiátrica sin un servicio de esta índole no es posible.¹⁴⁴

Antes de asumir la dirección había estado como interno con Gayarre en este centro.¹⁴⁵ Unos años antes de la guerra civil, Escardó entra como ayudante de Sacristán en el Sanatorio.¹⁴⁶

Sacristán consideraba muy importante en la atención psiquiátrica el seguimiento de los casos clínicos día a día durante meses e incluso años, circunstancia que se daba en este sanatorio.¹⁴⁷ Los prolongados ingresos que eran habituales en esa época permitían el seguimiento de los pacientes y de la evolución de sus cuadros clínicos. El Sanatorio supone el inicio de la actividad práctica como psiquiatra de Sacristán.

3.2.2. El manicomio de mujeres de Ciempozuelos

En marzo de 1919, Sacristán es nombrado Director del Manicomio de mujeres de Ciempozuelos, sustituyendo a Miguel Gayarre. Permaneció en este puesto durante diecisiete años, en los que ejerció su magisterio, creó una pequeña escuela psiquiátrica e intentó mantener un espíritu de investigación clínica, a pesar de contar con un laboratorio escasamente dotado.

¹⁴³Illegible en el original.

¹⁴⁴*Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

¹⁴⁵Comunicación personal de J. Solís. (21 de diciembre de 1994).

¹⁴⁶Comunicación personal de Tomás Alberdi (24 de junio de 1994) y José Solís (21 de diciembre de 1994).

¹⁴⁷*Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

Hasta el nombramiento de Sacristán había un Director común para los manicomios de hombres y mujeres. Sacristán es el primer director exclusivamente de mujeres.¹⁴⁸

Sacristán se encuentra con un hospital que posee escasos medios materiales, insuficiente personal y un enorme volumen de enfermas, más de mil. Cuenta únicamente con la ayuda del Dr. Picó (poco aficionado a la psiquiatría), hasta la llegada en 1926 como interno de José Salas,¹⁴⁹ que "era un hombre muy interesado por la psiquiatría, un gran trabajador".¹⁵⁰ La llegada de Salas supone un importante alivio para Sacristán. En 1919, al poco de ser nombrado director Sacristán, se incorpora como médico interno Luis Fortún, desempeñando el puesto durante un año y medio. "Se ocupó con gran entusiasmo de la anatomía patológica de las psicosis. Organizó una sala de autopsias modelo, y en el laboratorio del manicomio trabajaba hasta horas avanzadas de la noche..."¹⁵¹

Atraídos por la fama de Sacristán muchos jóvenes médicos asisten de forma voluntaria al Manicomio de Ciempozuelos:

Entre los asistentes voluntarios que han prestado sus servicios, al mismo tiempo que han sido iniciados en la especialidad, citemos a la doctora Schneider-Wyrsch, y a los Dres. Garma, Bustamante, Melón, Torres y Fandiño. El Dr. Salas, hoy médico interno del establecimiento y mi más eficaz colaborador, asistió durante cerca de dos años en calidad de asistente voluntario.¹⁵²

Otros asistentes voluntarios son los alumnos que realizan en 1931 el Curso de Psiquiatría Clínica organizado por la Residencia de Estudiantes: Peraíta, Pereira, Molina Nuñez, Olías, Pascual del Roncal y José Solís. La realización de este curso permite poner en marcha diferentes investigaciones que culminan en diferentes publicaciones (como se ha visto).

Germain y Solís citan entre los asistentes voluntarios a Garma, Bustamante, Melón, Torres, Fandiño, Solís, Peraíta, Pereira, Molina y Pascual.¹⁵³

¹⁴⁸López de Lerma (1991), p. 169.

¹⁴⁹*Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán. Cfr. López de Lerma (1991), p. 171 que da la fecha de incorporación de Salas en 1930.

¹⁵⁰Comunicación personal de Tomás Alberdi (24 de junio de 1994).

¹⁵¹Sacristán s/f. Necrológica de Luis Fortún, publicada en prensa. No localizada la fecha de publicación.

¹⁵²Sacristán (1931c), pp. 8-9.

¹⁵³Germain y Solís (1982), p. 305.

Hacia 1930 se incorporan al cuadro médico una serie de especialistas como López Henríquez, oftalmólogo; Núñez, otorrinolaringólogo; Fanjul, análista y hematólogo; Vital Aza, ginecólogo, y Navarro, odontólogo, lo que permite a Sacristán dedicarse exclusivamente a la clínica psiquiátrica.¹⁵⁴

En enero de 1932 se incorpora a Ciempozuelos otro colaborador: Tomás Alberdi. Había acudido a Enríquez de Salamanca, Catedrático de Medicina Interna, a pedirle consejo acerca de la idea de ir a Ciempozuelos, y éste le había dicho: "Tiene usted ahí una oportunidad, el mejor profesor que puede usted tener es Sacristán. Yo le aconsejo que vaya". Alberdi acude a la casa de Sacristán, en Padilla núm. 5, donde éste le recibe e inician una conversación en la que Sacristán pregunta a Alberdi por sus conocimientos de psiquiatría, respondiendo éste que son nulos; Sacristán le indica que se encargará del laboratorio y actuará como médico general y, conocedor de la fama de católico que tenía Enríquez de Salamanca, con su habitual humor e ironía, termina: "Ah. Y como embajador del Vaticano". Alberdi comienza a trabajar en Ciempozuelos el 15 de enero de 1932. Trabaja junto a Salas, del que era compañero de promoción de la Facultad. En principio iba para encargarse del laboratorio y para medicina general, pero la presión asistencial hacía necesario a veces que viese enfermos desde el punto de vista psiquiátrico. Aprendió principalmente de Salas, con el que estaba a diario y también de Sacristán. No se dedicó a la psiquiatría.¹⁵⁵

Alberdi destaca en Sacristán "su ojo clínico, la facilidad para encontrar la falla del enfermo, la seguridad y precisión en lo que decía, siempre tenía la palabra exacta, como discutía los diagnósticos y las razones que daba de ello, con una precisión absoluta, clara y determinante."¹⁵⁶

Las aportaciones de Sacristán a Ciempozuelos comienzan por llevar las historias clínicas al día, "a pesar de ser 1200 enfermas".¹⁵⁷ Puede observarse,¹⁵⁸ a partir de la llegada de Sacristán, que las historias clínicas son más amplias y completas. Se realiza un examen somático y neurológico, así como una exploración psiquiátrica detallada, muy rica en descripciones psicopatológicas y notas sobre la evolución de los enfermos que antes apenas existían. Hay un diagnóstico, según la

¹⁵⁴Sacristán (1931c), p. 8.

¹⁵⁵Comunicación personal de Tomás Alberdi (24 de junio de 1994).

¹⁵⁶Comunicación personal de Tomás Alberdi (24 de junio de 1994).

¹⁵⁷Comunicación personal de José Solís (21 de diciembre de 1994).

¹⁵⁸Archivo de historias clínicas del hospital de mujeres de Ciempozuelos.

nosología kraepeliniana, que ya había comenzado a utilizar parcialmente Gayarre y que Sacristán termina de implantar definitivamente. Introduce un impreso para la anamnesis de la familia (véase Apéndice núm. 11).

Nuestra labor clínica, que en todo momento procuramos sea lo más completa posible, cristaliza en nuestras historias clínicas cuidadosamente llevadas y ordenadas en grandes ficheros de tipo americano, accesibles en todo instante merced a nuestro sistema de clasificación. Mediante dos ficheros generales (índice general y por diagnósticos), es posible en pocos minutos obtener la cifra exacta del tipo de psicosis, altas, fallecimientos, etc. y el lugar de la historia clínica correspondiente. Cada día concedemos más valor a la investigación anamnésica familiar de cada caso (herencia, constitución, caracterología) y aunque en general no es práctico valerse de esquemas rígidos, hemos adoptado el propuesto por Luxenburg recientemente, que facilita el orden de las investigaciones.¹⁵⁹

Sacristán era acompañado con frecuencia por diferentes médicos que iban a aprender. A casi todos los enfermos que ingresaban se les hacía análisis de líquido cefalorraquídeo y, si se veía alguna circunstancia que lo indicara, se hacía también de sangre. Prácticamente todos los enfermos que ingresaban eran vistos por Sacristán, excepto en casos claros de oligofrenia o demencias seniles. "Cuando había alguna duda íbamos a Sacristán; él resolvía todas las dudas. Venía tres veces en semana, estaba unas tres horas cada día".¹⁶⁰

Con respecto a la terapéutica, Sacristán se muestra partidario del uso de métodos clásicos, evitando riesgos a los pacientes por el uso de terapias no comprobadas:

La actividad terapéutica del establecimiento se atiene estrictamente a los métodos y procedimientos controlados por la experiencia general o ensaya aquellos nuevos que ofrecen mayores garantías por la autoridad de sus creadores. Hemos huido siempre del prurito de innovación terapéutica tan frecuente y explicable en nuestra especialidad, aunque no plausible.¹⁶¹

¹⁵⁹Sacristán (1931c), p. 9.

¹⁶⁰Comunicación personal de Tomás Alberdi (24 de junio de 1994).

¹⁶¹Sacristán (1931c), p. 9.

Desde 1924 utiliza de forma sistemática la malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva. También utiliza la narcosis prolongada de Kläsi, según las modificaciones de Müller y Schopfgén, en los estados de agitación. "Otros métodos de resultado incierto (piroterapia en la esquizofrenia, etcétera) han sido objeto también de comprobación en gran escala en nuestro material".¹⁶²

Otra de las preocupaciones que tuvo Sacristán en Ciempozuelos fue la preparación del personal subalterno. Esta labor la llevó a la práctica el Dr. Salas, que preparaba a las Hermanas, "no solo en lo que los programas oficiales exigen, sino en todo lo que la enfermera de enfermos mentales debe conocer".¹⁶³ Salas "en 1935 escribió un *Manual de la enfermera general y psiquiatría*, que publicaron las hermanas hospitalarias".¹⁶⁴

A pesar de los esfuerzos de Sacristán, el Manicomio de Ciempozuelos era "un manicomio tipo asilo". Sacristán se queja de que las enfermas no llegaban en el momento de aparición de las psicosis, sino ya pasado el período agudo o en estadios crónicos del proceso. Achaca a ello el escaso número de altas temporales y definitivas. En España no existía una asistencia extramanicomial como la de Alemania y Norteamérica, que permitiera realizar "altas precoces", como se preconizaba en esa época, y el mismo Sacristán (1930d) reclamaba, junto a Germain y Rodríguez Arias. Sin embargo desde 1919, en que Sacristán se hace cargo de la dirección de Ciempozuelos se incrementa el número de altas precoces y definitivas.¹⁶⁵

Sacristán considera totalmente inadecuado el sistema de ingreso de los pacientes en los manicomios, las dificultades para realizar una buena labor psiquiátrica del médico de manicomio y considera que deberían llegar con una Historia Clínica:

Según las disposiciones oficiales, todo enfermo mental indigente debe ser sometido a un período de observación en las salas especiales de los Hospitales provinciales, pasado el cual, y en el caso de que deba ser continuada la reclusión, es trasladado al manicomio privado o al que sea propiedad de la

¹⁶²Sacristán (1931c), p. 9.

¹⁶³Sacristán (1931c), p. 10.

¹⁶⁴López de Lerma (1981), p. 171.

¹⁶⁵Lafora y Sacristán (1931), pp. 7-8.

Diputación respectiva. El Estado no dispone actualmente más que de dos manicomios suyos: el de Leganés y el de Zaragoza. Ordinariamente, el paso de la sala de observación al manicomio se efectúa de cuando en cuando, a veces sin transcurrir el tiempo reglamentario, y otras, mucho después de su cumplimiento. Los enfermos se entregan en grupos numerosos -alrededor de treinta- y en la siguiente forma: acompañados de un pequeño escrito en el que consta el nombre, estado civil, edad -casi siempre equivocada-, etc., y la frase de, habiéndose demostrado LA ENAJENACION MENTAL (¡!) pasa al manicomio..., etc. (...) El médico de manicomio se ve, pues, forzado a no conocer de sus enfermos más que el estado en que se le presentan, y nada sabe de toda la evolución de su psicosis, ni de su personalidad prepsicótica, ni de sus antecedentes familiares, ni de lo sufrido por el enfermo durante el período de observación.¹⁶⁶

Considera Sacristán que el manicomio no puede, con este sistema, cumplir su función, la cual concibe como algo muy distinto de un mero almacén, como un centro terapéutico:

El manicomio queda convertido, a consecuencia de este sistema, en un depósito de personas alteradas mentalmente que no pueden vivir en sociedad, y no en lo que debe ser modernamente: una clínica médica, en toda la extensión del concepto.¹⁶⁷

Sacristán continuó acudiendo a Ciempozuelos, tras estallar la guerra civil, hasta septiembre de 1936, cuando los Nacionales toman Valdemoro y ya no puede acudir. En agosto de 1936, Dionisio Nieto es nombrado Delegado técnico interino de la Dirección General de Sanidad al frente de los establecimientos psiquiátricos de hombres y mujeres de Ciempozuelos.¹⁶⁸ En este período, tras la marcha de Sacristán, Salas y Alberdi son los únicos médicos que permanecen en el manicomio.¹⁶⁹

A lo largo de los diecisiete años que Sacristán permanece al frente de Ciempozuelos adquiere una gran experiencia clínica a la par que percibe el enorme atraso y las dificultades que sufre la asistencia psiquiátrica en España.

¹⁶⁶Sacristán (1923c).

¹⁶⁷Sacristán (1923c).

¹⁶⁸*La Gaceta*, 8 de agosto de 1936.

¹⁶⁹Comunicación personal de Tomás Alberdi (24 de junio de 1994).

3.3. SACRISTÁN Y LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS ESPAÑOLAS

La aparición de la psiquiatría como especialidad propia en España se produce a lo largo del primer tercio del siglo XX. Entre los acontecimientos que contribuyeron a ello se encuentra la revista *Archivos de Neurobiología*, así como la Asociación Española de Neuropsiquiatras y la Liga Española de Higiene Mental, que a su vez contribuyeron a la elaboración de importantes textos legislativos referentes a la asistencia y organización psiquiátrica.¹⁷⁰

Un hecho determinante fue el factor humano. La política de pensiones de la Junta para Ampliación de Estudios permitió la coincidencia en España de un importante número de médicos con un alto nivel de formación neuropsiquiátrica.

Entre los médicos que fueron pensionados se encuentran Achúcarro, en 1908, a Inglaterra y Francia; Alberca, en 1926, a Francia e Inglaterra; Aldama, en 1928, a Austria; Barcia Goyanes, en 1929, a Alemania; Domínguez Borreguero, en 1933, a Alemania y Francia; Fanjul, en 1930, a Alemania y Suiza; Fortún, en 1930, a Alemania y Suiza; Germain, en 1933, a Inglaterra; López Ibor, en 1932, a Alemania; Nieto, en 1932, a Alemania; Obrador, en 1934, a Inglaterra; Prados, en 1920, a Alemania e Inglaterra; Lafora, en 1908, a Alemania; Santos Rubiano, en 1916, a USA; Sacristán, en 1912, a Alemania; Solís, en 1933, a Alemania y Austria; Villaverde, en 1916, a Suiza.¹⁷¹

Como puede observarse, hay un grupo, que por razón de edad, fueron pioneros, entre los que están Achúcarro, Sacristán, Lafora, Prados, Santos Rubiano, Sanchís Banús y Villaverde; luego un segundo grupo que viajó al extranjero al final de los años veinte y principios de los treinta.¹⁷² Es el primer grupo el que juega un papel primordial en el inicio de la psiquiatría como especialidad propia; la mayoría son neuropsiquiatras, con la excepción de Sacristán, que se dedicó en exclusiva a la psiquiatría y fue "... destacado psiquiatra representativo de una época de esfuerzo para impulsar los estudios de la Psiquiatría Clínica en España...".¹⁷³ El segundo grupo, completó la labor de la consolidación de la psiquiatría y ya están representados en la Universidad.

¹⁷⁰Véase Lázaro (1995a).

¹⁷¹Ribera Casado(1983), pp. 28-9.

¹⁷²La generación de 1931 según Gracia (1971).

¹⁷³Lafora (1957).

El grupo pionero (junto a muchos otros, como Fernández Sanz, los psiquiatras de la escuela de Barcelona, con Mira a la cabeza, Escalas Real, de Baleares, etc.) contribuyó con sus publicaciones, tanto en revistas especializadas como en la prensa diaria, a la creación de un ambiente propicio, con la denuncia de la situación de los enfermos mentales en España y la demanda de cambios, para la reforma psiquiátrica y la creación de la especialidad. La instauración en 1931 de la Segunda República permitió llevar a la práctica los cambios legislativos precisos para ello.

La preocupación primaria de Sacristán es la mejora de la asistencia al enfermo mental; para ello, considera necesario un cambio profundo de la estructura manicomial, la puesta en marcha de un sistema oficial de enseñanza que asegure la formación de especialistas en psiquiatría, a semejanza de la que él mismo había disfrutado en Alemania, y la divulgación de la ciencia psiquiátrica fuera de los círculos médicos, de forma que ayudara a cambiar el concepto que existía sobre el enfermo mental.

A partir de las ideas de Rosen (1944) sobre la creación de las especialidades médicas, puede verse que Sacristán desempeña un papel fundamental en la creación de la especialidad de psiquiatría en España. Sacristán vive en una gran ciudad, desarrolla su actividad únicamente con enfermos mentales, funda una revista de la especialidad, participa y alienta la creación de grupos y sociedades científicas e imparte enseñanza especializada, desde la divulgación en prensa y las conferencias hasta la enseñanza en los centros hospitalarios.

Vamos a ver la participación de Sacristán en tales acontecimientos.

3.3.1. La actividad divulgativa de Sacristán

A partir de la primera década del siglo XX se desarrolla en España un movimiento de reforma de la asistencia psiquiátrica que pretendía introducir un nuevo modelo en el que no solo se mejorara la asistencia manicomial sino que se extendiera dentro del sistema social, más allá de los muros de los manicomios.

Se pretendía divulgar entre la población general una idea de la psiquiatría más moderna y científica y una toma de conciencia de los poderes públicos y de la responsabilidad que debían contraer.

Entre las razones de estos proyectos de reforma se ha hablado de "motivaciones de indole corporativa y científica que buscaban restituir a la

psiquiatría el prestigio social y científico, que el obsoleto dispositivo asistencial había relegado a un segundo plano",¹⁷⁴ e, incluso, de fines económicos.¹⁷⁵ También se considera que las reformas fueron una forma de supervivencia de la psiquiatría que se ahogaba y la renovación política, cultural y científica española con la influencia de la regeneración y las ideas de la Institución Libre de Enseñanza.¹⁷⁶

Con respecto a los fines económicos, apuntar unas palabras de Lafora y Sacristán, criticando el cobro de honorarios a los enfermos por los certificados de ingreso y la corrupción burocrática de la sanidad española:

...Y todavía ha sido más violado dicho principio en el Real decreto del 13 de diciembre de 1928 que, como obra de la Dictadura, no tuvo inconveniente en caer sobre el ciudadano desvalido obligándole a pagar servicio impuestos por el Estado "que al propio Estado le incumbía pagar". Por dicho Real decreto, los subdelegados de Medicina tienen derecho a cobrar a los enfermos pobres 30 pesetas por cada certificación de enfermedad mental, más 2.50 pesetas por kilómetro (...). Así se ha completado esa progresiva corrupción burocrática de la Sanidad española, llegando a convertir una función inicialmente gratuita, de "visado" de firmas de médicos, en un "informe" sin competencia técnica ni responsabilidad (pura farsa oficial y espesamente burocrática) que cuesta 30 pesetas a los enfermos pobres o sus Ayuntamientos o Diputaciones.¹⁷⁷

Los psiquiatras españoles, independientemente de las razones que se han buscado para explicar el cambio, no hicieron más que intentar poner a España a la altura europea, trasladar las nuevas ideas sobre la asistencia psiquiátrica que se imponían en el resto del mundo. La mayoría de los psiquiatras españoles que participan en la reforma había conocido la situación psiquiátrica de muchos países europeos y de Estados Unidos. La idea principal era mejorar la atención al enfermo y para ello consideraron que la aplicación del modelo médico en psiquiatría era la vía más adecuada en ese momento.

Los psiquiatras españoles (que la Junta para Ampliación de Estudios había enviado al extranjero) fueron el elemento ejecutor de la idea de la Institución Libre

¹⁷⁴Campos Marín (1995), p. 201.

¹⁷⁵Comelles (1988).

¹⁷⁶Campos Marín (1995), pp. 201-2.

¹⁷⁷Lafora y Sacristán (1931).

de Enseñanza de crear elites científicas y liberales que promovieran los cambios necesarios para la modernización de España en diferentes sectores.

Sacristán fue una de las plumas críticas que se destacó en la divulgación del estado de la psiquiatría y en la reivindicación de cambios. Inició en 1918, en el diario *El Sol* una serie de artículos de divulgación en los que intentaba presentar la situación de los problemas psiquiátricos en España, denunciando el desinterés existente en torno a la psiquiatría.

Ya con anterioridad, en 1912, desde Alemania, Sacristán había publicado una carta en la *Revista Clínica de Madrid* en la que criticaba la falta de enseñanza oficial de la psiquiatría en España y la inexistencia de una Cátedra de tal especialidad.¹⁷⁸

El primer artículo, en 1918, se titula "Los problemas psiquiátricos en España" y en él se recoge su intención:

Nos proponemos publicar una serie de artículos sobre el tema indicado en el título. (...) En España no se ha sentido nunca, desgraciadamente, el más mínimo interés ni la curiosidad más ligera por todo cuanto se relaciona con la Psiquiatría tanto desde el punto de vista médico como del social. Mientras otros países de vida científica más precaria han sabido aprovechar los progresos logrados por los pueblos creadores, aquí nos ha sido más cómodo continuar como estábamos, sin prestar atención al movimiento psiquiátrico del mundo entero. No es de extrañar la falta de curiosidad por el problema puramente científico -nunca nos han preocupado tales problemas-; pero lo asombroso es la falta absoluta del deseo de mejorar el trato a que están sometidos nuestro dementes, y, dada su situación social, procurar resulten menos gravosos a la comunidad. (...) ¹⁷⁹

Dedica el resto del artículo a los manicomios, resaltando como uno de los problemas para el progreso manicomial la carencia de enseñanza oficial de psiquiatría en nuestras Facultades.

En 1921 publica, en *Archivos de Neurobiología* y en el diario *El Sol*, un importante trabajo titulado "Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales", en el que marca las pautas necesarias para una reorganización de la Psiquiatría práctica en España, y recoge, desde la crítica al Estado por su dejación de funciones y la ausencia de enseñanza oficial de la psiquiatría, hasta la modificación

¹⁷⁸ *Revista Clínica de Madrid*, tomo 8, núm. 20, 1912. (Véase Apéndice núm. 8).

¹⁷⁹ Sacristán (1918e).

de la legislación asistencial, pasando por la creación de una Liga psiquiátrica oficial de protección al enfermo mental. Este trabajo ha sido considerado como la ponencia cero de la Asociación Española de Neuropsiquiatras.¹⁸⁰ Este trabajo fue "una de las elaboraciones más serias y precoces que plantearon en España la necesidad de la reforma psiquiátrica".¹⁸¹ (Este artículo se estudia con extensión en el capítulo 15.4. de esta tesis).

En la revista *España* publica un trabajo en el que describe los prejuicios contra el enfermo mental que imperan en España, y la necesidad de modernizar su asistencia.¹⁸²

Con los dos siguientes artículos, dedicados al Instituto de investigación psiquiátrica de Munich, pretende:

... dar a conocer al público español su significación, finalidad y trascendencia científica y humanitaria. (...) La falta de ambiente que han tenido siempre los estudios psiquiátricos en nuestro país(...), nos hacen temer sea estéril nuestro llamamiento en favor de un núcleo de hombres de ciencia arropados en torno de una de las máximas autoridades de la psiquiatría moderna: el profesor Kraepelin.

Solicita que la Junta para Ampliación de Estudios envíe investigadores españoles a dicho instituto y finaliza comentando la ausencia de cambios, a pesar de las recientes campañas, para la humanización de la asistencia a los enfermos mentales:

El psiquiatra español se ve forzado a no contribuir intensamente con sus aportaciones al progreso de la psiquiatría, ya que su actividad se halla íntegramente absorbida por elementales problemas de psiquiatría práctica resueltos desde hace largo tiempo en los demás países.¹⁸³

En otro artículo titulado "Por nuestros enfermos mentales",¹⁸⁴ insiste en la necesidad de dedicar más recursos para su atención. El siguiente tema que trata es la asistencia psiquiátrica de urgencia en Madrid, rechazando que sea la policía quién

¹⁸⁰Lázaro (1995a), p. 305.

¹⁸¹Huertas (1995), p. 196.

¹⁸²Sacristán (1922c).

¹⁸³Sacristán (1922a).

¹⁸⁴Sacristán (1923c).

se encargue del enfermo mental, pues éste no es un criminal. En 1923 publica "La psiquiatría en España", insistiendo en la necesidad de una transformación radical:

No es fácil, sin embargo, transformar este viejo sistema psiquiátrico, enérgicamente arraigado en el espíritu nacional, con la rapidez necesaria que exige nuestra vergonzosa situación para alcanzar un rango moderno; pero el psiquiatra español, si realmente siente su profesión, está obligado a no cejar en su campaña, aunque a priori presienta la esterilidad de su esfuerzo. (...) Esta labor es ardua y difícil (...) de ella depende la posibilidad de una reorganización de la Psiquiatría nacional, hoy, volvemos a repetirlo, en un estado de abandono inconcebible, a pesar de la buena voluntad de un reducido número de especialistas.

Destaca la carencia de tradición psiquiátrica en España, la ausencia de hombres creadores, la falta de enseñanza moderna de la psiquiatría y critica el sistema de entrega de enfermos a los manicomios.

Su afán reivindicativo lleva a Sacristán a la publicación, en Alemania, de un artículo en el que realiza un análisis psicológico de la indiferencia profesional española hacia los estudios psiquiátricos.¹⁸⁵

En un artículo de 1925, en el que vuelve al problema de la psiquiatría práctica en España, da cuenta de la reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y reitera su queja ante la ausencia de respuesta gubernamental a las demandas de reforma realizadas por diversos profesionales.¹⁸⁶ En 1926 escribe sobre la formación de especialistas y la necesidad de creación de una Cátedra de Psiquiatría.

Como puede verse, Sacristán es uno de los psiquiatras que contribuyen activamente, de forma explícita, con sus denuncias a través de artículos en la prensa diaria (completado con publicaciones en revistas médicas), a la aparición de la psiquiatría como especialidad independiente, a la creación de un clima propicio para la reforma de la asistencia psiquiátrica y a la creación de una Liga Española de Higiene Mental.

¹⁸⁵Sacristán (1924d).

¹⁸⁶Sacristán (1925f).

3.3.2. La enseñanza oficial de la psiquiatría

Para Sacristán la ausencia de formación psiquiátrica en las universidades españolas era uno de los problemas que arrastraba la psiquiatría nacional y un obstáculo al progreso manicomial.¹⁸⁷ Denunció tal situación, por primera vez, desde Alemania, en 1912.¹⁸⁸

Consideraba incomprensible la ausencia de la psiquiatría como disciplina autónoma en los planes de estudio de las facultades de medicina, lo que implicaba que los médicos terminaban su formación sin haber visto enfermos mentales, a pesar de la existencia de un Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría, que no disponía de los medios necesarios. "Este solo hecho es una prueba clara y terminante del concepto que posee nuestra «Ciencia Oficial» de esta disciplina, y sobre todo, de la manera como debe enseñarse...".¹⁸⁹

Plantea la necesidad de una Cátedra de Psiquiatría para transformar esta situación, pero ésta debe tener unos requisitos:

La enseñanza de la Psiquiatría no puede limitarse al relato teórico de las enfermedades mentales, sino que exige una clínica psiquiátrica con gran movimiento de enfermos, perfectamente estudiados, y en los cuales se hallen representadas todas las ciencias auxiliares de esta disciplina.¹⁹⁰

La labor de estas clínicas psiquiátricas no sería la formación de especialistas, sino:

... proporcionar los conocimientos fundamentales psiquiátricos que todo médico práctico debe poseer al recibir su título profesional. El personal médico subalterno de esta clínica psiquiátrica se hallaría formado por un grupo de asistentes, futuros médicos de manicomio, cuya preparación mínima no sería inferior a dos años de actividad intensa en ella, dirigidos por un núcleo de auxiliares (del tipo de los docentes privados alemanes). En una palabra, con ligeras modificaciones, el sistema adoptado, por ejemplo, en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Múnich, magistralmente organizado por el profesor Kraepelin.¹⁹¹

¹⁸⁷Sacristán (1918c).

¹⁸⁸*Revista Clínica Madrid*, tomo 8, núm. 20.

¹⁸⁹Sacristán (1923c).

¹⁹⁰Sacristán (1923c).

¹⁹¹Sacristán (1923c).

Tres años después, en 1926, ante el proyecto de creación de una Escuela de Psiquiatría, Sacristán expone sus ideas opuestas a la orientación de tal escuela. Su idea sobre la enseñanza oficial de la psiquiatría es la introducción de la psiquiatría como asignatura obligatoria en la Facultad, para que todos los médicos tengan una formación indispensable en psiquiatría, de la misma forma que había cátedras de otras especialidades como dermatología, oftalmología u otorrinolaringología, cuya finalidad era dar al futuro médico práctico los conocimientos esenciales de cada una de las especialidades. La finalidad no es formar especialistas:

El especialista se forma lentamente, al cabo de una dilatada y perseverante labor de muchos años, que en modo alguno puede ser asistida oficialmente. La asistencia a un número de cursos sistemáticos de Psiquiatría no puede hacer un especialista, sino colocarlo en vías de serlo. (...)

La obligación que el Estado debe cumplir es proporcionar al médico, en el curso de sus estudios universitarios, los conocimientos esenciales que el médico general necesita para el ejercicio de su profesión.¹⁹²

Sacristán diferencia, por un lado, la formación psiquiátrica en el seno de la Universidad, para todos los médicos, cuya finalidad sería que los médicos salieran de las facultades en condiciones de resolver los problemas psiquiátricos elementales de la práctica diaria. Por otro lado, considera importante la creación de centros de investigación psiquiátricos cuya finalidad sería:

... privar a la investigación psiquiátrica pura de la merma de tiempo que absorbe la preparación del curso universitario, libertándola de todo obstáculo. (...). El Instituto psiquiátrico no puede ni debe ser más que un Centro de investigación pura. Así, en el Instituto de Kraepelin -para citar hechos concretos- no se admitía más que a especialistas ya formados, perfectamente orientados, que deseaban trabajar sobre algún punto determinado de esta disciplina. (...) Bien está que se trate de crear un gran Centro de investigación capaz de engendrar una Psiquiatría nacional pujante y renovadora que rápidamente nos coloque a la cabeza de la Psiquiatría internacional y en el cual hallen justo desahogo las actividades de nuestros más preclaros y originales psiquiatras; pero lo urgente, lo que exige una rápida solución, es la enseñanza práctica, elemental, de la

¹⁹²Sacristán (1926d).

Psiquiatría. Lo demás ya vendrá con el tiempo; que para saber leer hay que aprender la cartilla.¹⁹³

Sacristán había expuesto las características y funcionamiento del Instituto de investigación psiquiátrica de Munich y la necesidad que tenía la psiquiatría de la investigación de forma sistematizada, pues los diferentes medios auxiliares que participan en la investigación, como la histología, la bioquímica, la serología, la psicología, la biología de la herencia, etc., "precisan de psiquiatras subespecializados en ellos". A la vez era consciente de la imposibilidad de poner en marcha en España tales investigaciones: "... aquellos países como el nuestro, en los cuales la investigación psiquiátrica es nula, y en los que no se percibe la más remota posibilidad de lograrla en las condiciones que por sí misma exige".¹⁹⁴

Sacristán no desaprovecha ocasión para lamentar la ausencia de enseñanza oficial de psiquiatría y criticar a sus responsables. En una reseña sobre un libro de Schilder, con su habitual ironía, finaliza diciendo:

Los encargados de la organización de la enseñanza de la medicina en nuestro país deben hojear el libro de Schilder - leerlo sería pedir demasiado- para formarse una idea aproximada de cómo debe preparar a sus médicos psiquiatras el día que llegue a convencerse de la necesidad de ello, ya que hoy por hoy no parece necesaria en España su educación oficial.¹⁹⁵

Sacristán quiere difundir la existencia de una psiquiatría científica, una rama más de la medicina, llena de expectativas y con un amplio campo de progreso e investigación, circunstancia que no se había producido en España y con la cual Sacristán se mostraba sumamente crítico, resaltando la ausencia de hombres creadores dentro del campo psiquiátrico:

Si aún perdura el nombre de algún psiquiatra español entre nosotros con todos los honores de una gran figura de la Medicina nacional, no se debe a que sus méritos científicos hayan dejado huella en la ciencia psiquiátrica, sino a la explotación meramente industrial de la Psiquiatría práctica.¹⁹⁶

¹⁹³Sacristán (1926d).

¹⁹⁴Sacristán (1922a).

¹⁹⁵Sacristán (1924i).

¹⁹⁶Sacristán (1923c).

La historia de la psiquiatría en España carecía, a su juicio, de figuras destacadas, como expone:

Pocos pueblos pueden presentar un libro de este tipo, y algunos, como el nuestro, se verían absolutamente perplejos ante una empresa semejante, ya que en nuestro desgraciado país no ha habido jamás una personalidad cuya labor en favor de la psiquiatría clínica pueda compararse con la más modesta de las biografías de este libro. Si acaso existió, quedaron inéditas sus especulaciones, para desgracia de las generaciones presentes, que en esta ciencia, como en la mayoría de las restantes, son absolutamente tributarias del extranjero.¹⁹⁷

Hay otra circunstancia en la que Sacristán es pionero en España: la reivindicación de la independencia de la psiquiatría frente a la neurología.

La neurología desde hacía tiempo intentaba emanciparse de la psiquiatría y de la medicina interna. En 1911, la Junta directiva de la sociedad Suiza de Neurología apoyó una proposición de Veraguth en favor de la enseñanza independiente de neurología. Bleuler se mostró de acuerdo con la propuesta, pero Sahli entre los internistas y Forel entre los psiquiatras, se opusieron a la misma. Posteriormente, en el Congreso Internacional de Neurología de Berna se aprobó una proposición en favor de la autonomía absoluta de la neurología.¹⁹⁸

Sacristán pretende la potenciación e individualización de la especialidad de psiquiatría y reclama, en 1922, su independencia con respecto a la neurología:

Es necesario hacer constar aquí que todavía se confunden en nuestro país los términos «neurología» y «psiquiatría», empleándose indistintamente incluso por algunos especialistas (¡!), y es indispensable no olvidar que ambos campos, aunque con ciertos puntos de contacto, se hallan perfectamente delimitados y cada uno posee vida autónoma. Hacemos esta salvedad para evitar que los no iniciados confundan la labor excepcional de Cajal y algunos de sus discípulos con la labor de investigación puramente psiquiátrica de que hemos tratado aquí.¹⁹⁹

También critica Sacristán el problema de la llegada tardía y escasa de las publicaciones del exterior. A propósito de la publicación del *Tratado de Psiquiatría* de

¹⁹⁷Sacristán (1921c).

¹⁹⁸Sarró y Pinto (1934), pp. 621-2.

Bleuler²⁰⁰ recuerda que los estudiantes españoles tienen "como únicas fuentes de información psiquiátrica la traducción del libro de Regis y la del libro de Kraepelin (1905; la última edición alemana es del 16), ambas anticuadas". Asimismo no pierde la ocasión de lanzar una crítica a las publicaciones nacionales:

La literatura psiquiátrica española está necesitada de libros fundamentales, y como, desgraciadamente, carecemos de buenos libros nacionales, es urgente traerlos de fuera. Sería ésta una labor de purificación y un freno para algunos de nuestros psiquiatras de pluma demasiado fácil.²⁰¹

En resumen, Sacristán es consciente de la gran importancia que tiene, para el progreso de la psiquiatría española, la existencia de una enseñanza oficial de la psiquiatría. Desde muy pronto (1912) denuncia la ausencia de enseñanza oficial psiquiátrica en la universidad, y en 1923 reclama la creación de una Cátedra de psiquiatría. Su propuesta es, por una parte, que la psiquiatría sea una asignatura oficial de la carrera de medicina (que aumente el nivel psiquiátrico de los médicos generales), y, por otra, la creación de centros de investigación psiquiátricos (generadores de una psiquiatría nacional avanzada). Asimismo, fue de los pioneros en la reivindicación de la independencia de la psiquiatría frente a la neurología (1922) en nuestro país.

3.3.3. Archivos de Neurobiología

Uno de los factores que influye en el proceso de formación de las especialidades médicas es la creación de instituciones, que pueden dividirse en asistenciales, profesionales, educativas y editoriales.²⁰² En este último grupo se incluyen las revistas especializadas que permiten la comunicación científica entre los profesionales dedicados a una tarea específica y ayudan a crear una identidad común.

¹⁹⁹Sacristán (1922a).

²⁰⁰En 1916 la primera edición y en 1918 la segunda edición en Alemania.

²⁰¹Sacristán (1920e).

²⁰²Lázaro (1995b), p. 17.

Aparte de ciertos antecedentes de publicaciones frenológicas en el siglo XIX, en España la primera revista psiquiátrica influyente fue la *Revista Frenopática Barcelonesa*, fundada en 1881 por Giné y Partagás; dicha revista desapareció en 1912. En 1903 surge la *Revista Frenopática Española*, fundada por Rodríguez Morini (padre de Belarmino Rodríguez Arias), en la que se mostraba una cierta apertura fuera de Cataluña. El mismo año, 1903, se crea la revista *Archivos de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales* que también se imprimía en Barcelona. En 1907 se crea en Madrid una revista llamada *La Infancia Anormal*, que era órgano oficial del Instituto Psiquiátrico-Pedagógico y fue el primer periódico de psiquiatría infantil en España, aunque tenía un escaso número de trabajos psiquiátricos. En 1910 se crea en Madrid la revista *Archivos de Neurología, Psiquiatría y Fisioterapia*, fundada por Gaztelu y Fernández Sanz, que apenas dura un año. En 1912 surge en Zaragoza la revista *Anales de Psiquiatría y Neurología*, dirigida por Gimeno Riera; desapareció al año. En 1916 se funda en Barcelona la revista *Anales de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología*, que desaparece en 1919.²⁰³

En 1919, pues, no quedaba en España ninguna revista de entidad dedicada a la neurología y psiquiatría; es entonces cuando Sacristán pone en marcha la idea de crear una revista de este tipo en España.

La idea de la fundación de la revista *Archivos de Neurobiología* es de Sacristán, como puede observarse en el texto de una carta que Lafora le dirige, en la que le comenta ciertas dificultades de la revista:

...Si alguna vez me he quejado a V. de que creía que precisaba tomase más la molestia de pedir trabajos, lo hice directamente a V., pues desde que pensó V. que fundásemos la Revista le puse estas mismas objeciones...²⁰⁴

A la idea original de Sacristán se suma el infatigable y voluntarioso Lafora, que va a aportar a la empresa su enorme capacidad de esfuerzo y trabajo, complemento ideal del pausado y tímido Sacristán. Lafora tendrá un papel fundamental en la continuidad de *Archivos*, convirtiéndose en el motor de la revista. Ambos mantuvieron siempre una respetuosa amistad; departieron largo tiempo para la elaboración del anteproyecto de legislación psiquiátrica; como miembros del

²⁰³Véase Bertolín (1992), p. 24.

²⁰⁴Carta de Lafora a Sacristán, de fecha 27 de abril de 1926. Inédita.

Consejo Superior Psiquiátrico realizaron un viaje de inspección de los manicomios por el Norte de España, junto a Germain, como recuerda Lafora:

En los viajes de inspección de Manicomios y Sanatorios que se distribuyeron entre los diversos miembros del Consejo, quedará siempre vivo en mi memoria el que hicimos Sacristán, Germain y yo por todo el Norte de España, desde Navarra hasta la frontera galaico-portuguesa. El ingenio, a veces mordaz y siempre brillante de Sacristán hizo entretenida aquella triste peregrinación por establecimientos psiquiátricos de la costa cantábrica y atlántica. Los comentarios y finas observaciones de Sacristán sobre pequeños detalles, tanto de la vida provincial como de las particularidades locales de cada población donde nos deteníamos, constituían tema de renovada amenidad.²⁰⁵

El tercer miembro fundador fue Ortega y Gasset, que aportó su prestigio intelectual y su experiencia en el campo editorial. Sacristán, con motivo de la muerte de Ortega en 1955, recuerda:

Cuando Lafora y el que esto escribe, el año 1919, intentábamos publicar una revista, los actuales ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGÍA, Ortega, desde el primer momento, no nos regateó su tiempo, y su experiencia nos proporcionó excelentes e inolvidables consejos; y, más aún, nos concedió el inmerecido honor de que su ilustre nombre figurara al lado de los nuestros. Entonces, como ahora, al reaparecer ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGÍA, algunos espíritus angostos torcieron el gesto alegando que Ortega no era médico. En efecto, Ortega no era médico ni para ello necesitaba serlo. Ortega, antes que nada, era Ortega, pero, además, algo que siempre escaseó entre nosotros, psicólogo. Ortega fue el primero que en España dedicó un extenso estudio a Freud, la primera publicación seria que sobre el psiquiatra vienés aparecía en lengua castellana. Su curso de psicología de hace años, dado en su cátedra de la Universidad, tuvo por oyentes, junto a sus alumnos, un nutrido auditorio en el que había muchos médicos, entre los que tuve la fortuna de encontrarme.²⁰⁶

La revista *Archivos de Neurobiología* se fundó en 1919, publicándose su primer número en Marzo de 1920, continuando su publicación hasta 1936.²⁰⁷ *Archivos* se

²⁰⁵ Lafora (1957).

²⁰⁶ Sacristán (1955e), p. 967.

²⁰⁷ Sobre la historia y evolución de la revista *Archivos de Neurobiología*, cfr. Valenciano (1978), Lázaro (1995b) y Martínez Pardo (1978).

convirtió en una revista de difusión nacional, que llegó a ser conocida y apreciada en el extranjero y fue vehículo de instituciones, como la Asociación Española de Neuropsiquiatras, de la que fue órgano oficial, y la Liga Española de Higiene Mental²⁰⁸ que jugaron un papel preponderante en la renovación de la asistencia psiquiátrica y en el nacimiento y consolidación de la especialidad de psiquiatría en España.

La página de presentación del primer número de *Archivos* indica el progreso realizado por los estudios neurológicos y psiquiátricos, gracias a la actividad de los discípulos de Cajal y Simarro, movimiento realizado de forma ajena a la Universidad. Señala la idea de la fundación de la revista "para consolidar y organizar este movimiento científico, para recoger la obra de los maestros y de las nuevas generaciones de investigadores y para dar a conocer en los países progresivos la labor de los estudiosos españoles". También tendrán cabida los trabajos de psicología, histología y fisiología, y se atenderá a la solución de los numerosos problemas de organización psiquiátrica nacional.

En esta breve presentación ya se abordan los problemas de la asistencia psiquiátrica, la ausencia de relación entre la psiquiatría y la Universidad y la necesidad de encauzar el desarrollo de la psiquiatría moderna en España.

El número e importancia de los colaboradores que aparecen en el primer número nos aportan una visión de la idea de integración de la ciencia española. Aparecen como histólogos y fisiólogos Ramón y Cajal, Pi y Suñer, Novoa Santos, Negrín, Marañón, Del Río Hortega y Bellido; como psicólogos Ortega y Gasset, Turró, Simarro, Viqueira y Mira; como neurólogos y psiquiatras Gayarre, López Albo, Sacristán, Villaverde, Fortún, Córdoba, Sanchís Banús, Rodríguez Arias y Prados Such.

En 1920 el Comité de Redacción estaba formado por Ortega y Gasset, Lafora, Sacristán, Sanchís Banús, Prados Such, Mira y López y López Albo.

La continuidad de la revista pasó por diferentes situaciones difíciles. Una prueba de ello es la irregularidad en su publicación, llegando a tener un año en blanco. En 1926, la publicación de la revista pasa por una etapa con algunas dificultades, ante la cual se pone de manifiesto el contraste entre el carácter

²⁰⁸La Liga Española de Higiene Mental editaba un Boletín propio, cuyo primer número se publicó en febrero de 1928.

combativo de Lafora y la tendencia al desánimo de Sacristán, y la amistad que les unía. En carta de 24 de abril de 1926, Lafora expresa a Sacristán:

Recibo hoy la carta adjunta de Madinaveitia por la que infiero que V. se ha molestado conmigo. Desconozco la razón que lo ha motivado y además lo siento de veras porque ni he pensado ni deseado ofenderle en lo más mínimo (...) No recuerdo haberle escrito mas que opinaba que las pruebas primeras deben ser corregidas por su autor, pues en Bilbao encontré muy quejoso a López Albo por los errores enormes de su trabajo y la inversión de la mayoría de las figuras. Si alguna vez me he quejado a V. de que creía que pensaba tomase más la molestia de pedir trabajos, lo hice directamente a V., pues desde que pensó V. que fundásemos la Revista le puse estas mismas objeciones, a saber: que al 2º año tendríamos que buscar los originales con anzuelo y claro está que si nadie se molesta en pedirlos la Revista no puede continuar. Aunque me molesta encargarme de la Secretaría de Redacción, lo he aceptado con tal de no dejar desaparecer la Revista. (...) Yo le ruego que me cite una tarde o noche para darle todo género de explicaciones y para que hagamos un último esfuerzo para vivificar los "Archivos", ahora que es posible una renovación de la vida psiquiátrica española social con el Congreso futuro de que me ha hablado Mira y con los cables que nos tienden los Norteamericanos. (...).

En no pocas ocasiones los redactores que aparecían en portada tuvieron que poner dinero de su bolsillo para pagar alguna deuda:

...el déficit del año 1932 resultó ser de 4037,95 pesetas, que distribuidas de acuerdo con el criterio expresado en la reunión celebrada en Granada en el Hotel Alhambra Palace, a la cual usted se dignó adherirse y que dejó sentada la conformidad de distribución del déficit que la edición y el mejoramiento progresivo de los Archivos produjese entre los que figuran como redactores en la portada, arroja una cifra de PESETAS 288,42 que le agradeceré haga efectivas directamente a los Sres. Ruiz Hermanos.²⁰⁹

El principal ingreso económico de la revista provenía de la Asociación de Neuropsiquiatras. Otros ingresos se deben a la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid, impresión del reglamento de dicha Sociedad, anuncios y suscripciones.²¹⁰

²⁰⁹Carta de Germain a Sacristán de 30 de abril de 1934, inédita.

²¹⁰Carta de Germain a Sacristán de 30 de abril de 1934.

Desde la primera reunión de la Asociación de Neuropsiquiatras, ésta estableció estrechos lazos con la revista *Archivos de Neurobiología*, en la cual se publicaban las Actas de las reuniones. La designación como órgano oficial de la Asociación de Neuropsiquiatras se produjo en la tercera reunión de la Asociación celebrada en Bilbao en 1928. *Archivos de Neurobiología* fue también órgano oficial de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid, que recoge en su Reglamento, en el artículo 17, que el resumen de las comunicaciones y la publicación íntegra de los trabajos se hará en *Archivos de Neurobiología*; asimismo, en el artículo 20, se indica que, en caso de disolución de la Sociedad, sus fondos pasarán a la revista *Archivos*.²¹¹

La participación de Sacristán en la primera época de *Archivos* asciende a dieciséis trabajos. Los primeros años de la revista contribuye con numerosas reseñas, con predominio de autores alemanes, que nos sirven para dar una idea acerca de las fuentes de Sacristán (véase Apéndice núm. 12). Abarca temas neurológicos, histopatológicos, serológicos, psicológicos y una mayoría de reseñas de psicopatología, clínica y terapéutica psiquiátrica. Con respecto a los autores, encontramos reseñas de autores españoles como Lafora, Pereira y Pardo, y, entre los germanos, Kraepelin, Kafka, Spielmeyer, Lewandowsky, Kherer y Kronfeld entre otros.

En 1929 inicia la revista la publicación de una colección de monografías, "Suplementos de Archivos de Neurobiología", siendo la primera de la colección uno de los trabajos más importantes de Sacristán: *Sobre el diagnóstico diferencial entre psicosis maníaco-depresiva y esquizofrenia*.

La guerra civil supone la desaparición de *Archivos*, publicando su último número ya iniciada la contienda, en 1936.²¹² Se reanuda su publicación en 1954, gracias al tesón de Lafora, que encuentra no pocas dificultades para ello.²¹³ En esta segunda época, ya no participa un abatido Sacristán, que continúa apareciendo en la cabecera de la revista de forma testimonial pues el espíritu con el que Sacristán inició en 1919 la aventura de *Archivos* había desaparecido tras la guerra civil.

Las únicas apariciones de Sacristán en la segunda época de *Archivos* son motivadas por sus compañeros de cabecera en la revista: Lafora y Ortega. De las dos

²¹¹Los Estatutos se publicaron en *Archivos de Neurobiología*, tomo 12, pp. 127-30.

²¹²La fecha de impresión es 1937.

²¹³Valenciano (1977), pp. 167-8.

publicaciones que realiza, la primera se debe a la invitación de Lafora al curso que organiza en 1952, en el que Sacristán pronuncia una conferencia titulada "Consideraciones acerca de algunos problemas generales de psiquiatría clínica". La segunda es la necrológica de Ortega y Gasset. Ningún otro motivo fue capaz de sacar a Sacristán de su retiro.

La revista *Archivos* ha llegado con el paso del tiempo a servir de soporte para designar a una generación de psiquiatras, "la generación de 1916 o de Archivos de Neurobiología", "la primera gran generación psiquiátrica española, siempre que por Psiquiatría se entienda algo científico y actual".²¹⁴

3.3.4. La Asociación Española de Neuropsiquiatras

Se fundó en Barcelona en diciembre de 1924, a iniciativa de Emilio Mira y Rodríguez Arias, que convocaron a diferentes neuropsiquiatras de toda España.²¹⁵ Aparte de los dieciséis que acudieron, más de una veintena de neuropsiquiatras enviaron su adhesión por escrito, entre los que se encontraba Sacristán, que delegó en Rodríguez Arias.²¹⁶

A pesar de la ausencia física de Sacristán, éste tuvo un papel importante en dicha reunión, pues, de las tres sesiones celebradas, en la primera se aprobó la constitución de la Asociación, en la segunda se produjo la intervención de Kraepelin, y en la tercera se leyó una comunicación de Sacristán en la que defendía la necesidad de adoptar de forma obligatoria una clasificación oficial de las enfermedades mentales, proponiendo que fuese la de Kraepelin, de 1920, por ser la menos discutida, propuesta que fue aprobada. En la misma sesión, se leyó un trabajo de Sacristán, titulado "Para la reforma de la asistencia de los enfermos mentales", publicado en 1921 en *Archivos de Neurobiología*.²¹⁷ Este trabajo recogía la opinión generalizada sobre la situación de la asistencia psiquiátrica en España, las

²¹⁴Gracia (1971), pp. 330-1.

²¹⁵Para un estudio detenido del tema véase Lázaro (1995a).

²¹⁶*Archivos de Neurobiología*, tomo 5, p. 79.

²¹⁷Sacristán (1921a).

causas y las medidas a tomar. En esta misma sesión se aceptó la proposición de Sacristán de fundar una Liga psiquiátrica oficial.²¹⁸

Se designaron las ponencias para la primera reunión científica, siendo una de ellas, encargada a Sacristán, Fuster, López Albo y Marin Agramunt: "Plan moderno de asistencia a los alienados". Se designó una Junta en la que Sacristán desempeña el cargo de Vicepresidente.

Sacristán considera esta Asociación como un elemento práctico para la consecución de la tan ansiada reforma psiquiátrica:

Recientemente se ha celebrado en Barcelona una asamblea preparatoria de una intensa campaña técnica en pro de la reforma de la asistencia psiquiátrica nacional. Este hecho merece por sí solo, sean cuales fueren sus resultados, nuestro aplauso más sincero.²¹⁹

En las conclusiones de la Asamblea fundacional se recogen las inquietudes de Sacristán, tales como la necesidad de revisión de la legislación sobre los alienados, la reorganización de la asistencia a los alienados, la necesidad de formar un Cuerpo de médicos alienistas, la organización de la enseñanza de la Psiquiatría y por último, a propuesta del propio Sacristán, la adopción de una clasificación moderna de las enfermedades mentales, pudiendo ser ésta la del profesor Kraepelin.

La primera reunión de la Asociación ya constituida se celebra en Barcelona del 21 al 23 de junio de 1926. Sacristán no acudió excusando su asistencia. En ella se leyó la ponencia de Sacristán "Plan moderno de asistencia a los alienados".

La segunda reunión se celebra en Madrid, del 22 al 24 de octubre de 1927. En esta reunión se produce el hecho curioso de que Sanchis Banús reclama la adopción oficial de la clasificación de Kraepelin entre los socios de la entidad y se recuerda que ya se había aprobado, a instancias de Sacristán, en la Asamblea constitutiva celebrada en Barcelona en 1924. En las conclusiones de la ponencia sobre la peligrosidad del enfermo mental, desarrollada por Ruiz Maya, Torres López y Farreras, hay una (la segunda) en la que se considera que la condición de enfermo mental implica peligrosidad; Sacristán se opone con rotundidad, solicitando la supresión de dicha conclusión.²²⁰ afora, en nombre de *Archivos de Neurobiología*

²¹⁸Sacristán, Germain y Rodríguez Arias (1930), p. 348.

²¹⁹Sacristán (1925f).

²²⁰*Archivos de Neurobiología*, tomo 8, pp. 118-9.

renueva el ofrecimiento hecho el año anterior de publicar las Actas de la reunión. Entre las altas como socios figura Ramón y Cajal, que es nombrado miembro de honor. Se nombran delegados regionales, siendo elegidos para la región Centro, Sacristán, Lafora y Sanchís Banús. Posteriormente se pasa a debatir la ponencia del doctor M. Soler, relativa a la organización del personal psiquiátrico y la creación de un Cuerpo de especialistas en psiquiatría; ante la falta de acuerdo en la manera de constituirlo y realizar la selección, se aprueba por mayoría una proposición firmada por Sanchís Banús, Sacristán y Prados Such en la que proponen que la Asociación se declare incompetente para tratar dicho tema, hasta que las circunstancias políticas y profesionales lo permitan.²²¹

En la tercera reunión, celebrada en Bilbao, del 22 al 24 de septiembre de 1928, Sacristán es elegido por unanimidad Presidente de la Asociación de Neuropsiquiatras (véase Apéndice núm. 13). Sacristán excusó su presencia, adhiriéndose a los acuerdos que pudieran tomarse. Su ponencia sobre el diagnóstico diferencial de la psicosis maniaco depresiva y la esquizofrenia tuvo un gran éxito. Lafora, en carta a Sacristán desde Bilbao, de fecha 22 de septiembre de 1928, le dice:

Hoy se ha leído en el Congreso su trabajo "Diagnóstico diferencial entre psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia" y puedo decirle con satisfacción que ha sido apreciado unánimemente como la mejor contribución de todo el Congreso por su gran amplitud de información y por el intento sintético que representa.

Se nombra órgano oficial de la Asociación a la revista *Archivos de Neurobiología*.

La cuarta reunión se celebró en Sevilla, del 17 al 19 de diciembre de 1929. Sacristán preside la reunión y pronuncia unas palabras de salutación en la primera sesión. En ellas destaca la prometedora situación de la psiquiatría en esos momentos y se queja del estado de la enseñanza oficial de la psiquiatría en España:

... los deseos de varias generaciones de psiquiatras, comienzan a cristalizar en diversos proyectos de reorganización y creación de nuevos establecimientos psiquiátricos, dedicándoles sumas, que hace años hubiéramos calificado de utópicas. (...) La

²²¹Archivos de Neurobiología, tomo 8, p. 136.

enseñanza oficial de la Psiquiatría constituye todavía un ideal, cuya realización aparece muy lejana.²²²

La quinta reunión se celebró en Zaragoza del 25 al 27 de septiembre de 1930. Se redacta y aprueba el reglamento para las reuniones de la Asociación. Sacristán excusó su asistencia adhiriéndose a los acuerdos que pudieran tomarse. Cesó en el cargo de Presidente de la Asociación, siendo sustituido por López Albo.²²³

La sexta reunión se celebró en Granada, del 2 al 6 de octubre de 1932. Ya son cerca de doscientos socios. Es la primera reunión celebrada bajo la República y en ella se destacó la trascendencia de la instauración de la República para la mejora de la asistencia psiquiátrica. Sacristán se encuentra entre los miembros de la mesa que preside las sesiones, junto a L. Albo, Lafora, Mira, Alvarez de Toledo, Sisniega, R. Arias, Rey Ardid, Torres López y Feijóo; dictó una conferencia, acompañada de proyecciones, titulada "Pasado y presente de la asistencia psiquiátrica", en la que describió los cambios habidos en la asistencia manicomial desde tiempos antiguos hasta el presente.²²⁴ También presentó una comunicación, junto a Salas y Peraíta: "El bromo de la sangre en la psicosis maníacodepresiva, según el método de Pincussen-Roman".²²⁵

La séptima reunión se celebró en Madrid, del 2 al 6 de diciembre de 1935. De dicha reunión no se llegaron a publicar las actas, si bien existe un programa y una página del diario *El Sol* (24-12-1935).

Si bien la idea original de la Asociación surge en Barcelona, se extiende pronto entre los psiquiatras más interesados en la renovación de las estructuras de la asistencia psiquiátrica en España, pues ven en ella la posibilidad de unir fuerzas y ejercer más presión ante las autoridades sanitarias. La Asociación articulará el esfuerzo del grupo de neuropsiquiatras catalanes y el grupo madrileño, así como los incipientes núcleos de otras regiones como Galicia, Zaragoza, País Vasco y Valencia. No solo servirá para la reforma, sino para la creación de la especialidad de psiquiatría y para la puesta en marcha de la enseñanza oficial de la psiquiatría. La fama del buen hacer psiquiátrico de Sacristán y su conocida y reiterada denuncia de la

²²²Archivos de Neurobiología, tomo 10, p. 259.

²²³Archivos de Neurobiología, tomo 11, pp. 470-94.

²²⁴Trabajo inédito. Agradecemos a J. M. Sacristán (hijo) el acceso al original.

²²⁵Archivos de Neurobiología, tomo 12, pp. 945-72.

situación psiquiátrica en España, le auparon, a pesar de su escaso interés en ostentar cargos directivos, a la presidencia de la Asociación.

3.3.5. La Liga Española de Higiene Mental

La creación de la Liga Española de Higiene Mental se produce de la mano de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, pero ya se venía gestando con antelación, siendo uno de los partícipes el Dr. Sacristán. Suya es la propuesta aprobada en la reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras de crear una liga psiquiátrica oficial.²²⁶

El movimiento de Higiene Mental se inició en Estados Unidos por mediación de un antiguo internado, Clifford Beers, que publicó un libro en 1908, creándose ese mismo año la Sociedad para la Higiene Mental de Connecticut. En 1909 se formó el Comité Nacional Americano de Higiene Mental.²²⁷

La creación de una Liga de Higiene Mental en España contó con numerosas contribuciones, siendo Sacristán uno de los pioneros en la demanda de su creación;²²⁸ en su trabajo titulado "Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España", publicado en 1921, tras criticar la legislación psiquiátrica española, solicita la creación de una liga psiquiátrica oficial de protección al enfermo mental; esta liga supervisaría la modernización de los manicomios y organizaría la protección del enfermo mental.

Sacristán añade otros puntos "que nuestra deplorable asistencia actual exige": Debemos cuidar de la buena organización interior de estos establecimientos; para ello deberán ser nacionalizados todos los manicomios destinados al tratamiento de enfermos mentales pobres, efectuar las mejoras que la psiquiatría moderna exige, "no tomando ninguna iniciativa sin oír antes la opinión de los especialistas que constituyan la Liga". Sacristán resume como debe constituirse la Liga: Dependerá del Ministerio de la Gobernación, el Comité Directivo estará formado por personas de autoridad psiquiátrica reconocida y nombrados por votación de los miembros de la Liga. Para pertenecer a la Liga es necesario ser médico psiquiatra, aunque serán admitidos cuantos se interesen por la psiquiatría y sean autores de trabajos serios

²²⁶Sacristán, Germain y Rodríguez Arias (1930), p. 348.

²²⁷Espino (1980), p. 74.

²²⁸Moya (1986), p. 217.

sobre la especialidad. La Liga celebrará reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por el Comité director. Finaliza Sacristán su trabajo con el ruego de que cuantos se interesen por la idea, dirijan su adhesión personal a los *Archivos de Neurobiología* y también cita la conferencia de Fernández Sanz en la Real Academia de Medicina, en la que comenta la creación de una Liga, "que, si diferente en su estructura, lleva idénticos fines que la propuesta por mí", lamentándose de no poder recoger y analizar las aportaciones al tema de los señores Mesonero Romanos, Sanchís Banús, Juarros, Fortún, Camino y Fernández Victorio.²²⁹

El proyecto de creación de la Liga de Higiene Mental fue discutido y aprobado por acuerdo unánime en la Asociación de Neuropsiquiatras, en sesión celebrada en Barcelona, el 21 de Junio de 1926; sus Estatutos habían sido confeccionados por Saforcada, Mira y Rodríguez Arias en una ponencia, encargada en la reunión fundacional. Se nombró una comisión integrada por Fernández Sanz, Lafora, López Albo, Mira y Torres López, encargada de dirigirse al Gobierno en demanda de la creación oficial de la Liga, labor que llevaron a cabo personalmente Fernández Sanz y Lafora, consiguiendo que el entonces director general de Sanidad, doctor Murillo, recabara del ministro de la Gobernación el que dictase una Real Orden creando oficialmente la Liga y aprobando los Estatutos por que había de regirse, disposición que fue publicada en *La Gaceta* del 27 de enero de 1927.²³⁰

La creación de la Liga Española de Higiene Mental es fruto del esfuerzo de diferentes personas, que con publicaciones, conferencias y otras acciones crean un estado de opinión en el que se plantea la necesidad de una Liga, que cristaliza a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, complementándose ambas en la labor de renovación y modernización de la psiquiatría en España, cada una con sus cometidos. Ya hemos visto que Sacristán es uno de los primeros en reclamar la constitución de una Liga para proteger al enfermo mental e intervendrá activamente en ambas instituciones.

Entre las diferentes personas que contribuyeron a los progresos de la Higiene Mental en España cabe citar a Galcerán Granés, por cuya indicación se fundó la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona (1911), que realizó una propaganda sistemática para recabar de los Poderes públicos una mayor consideración médica y social del enfermo mental. Por otra parte, las Escuelas de

²²⁹Sacristán (1921a).

²³⁰Boletín de la Liga de Higiene Mental, tomo 3, núm. 1, p. 9.

Anormales y Criminológica, la Asociación de Estudios Penitenciarios, los Institutos de Orientación Profesional, etc., contribuyen de forma limitada y algo individualista en la acción social. A partir de 1918 comienza una preocupación más intensa por la Higiene, a consecuencia de la fama que adquiere la obra de Beers. Fernández Sanz, en la Real Academia de Medicina, solicita la modernización de los manicomios y apoya la idea de fundar una Liga; Sacristán (1921a), repite la solicitud de creación de una Liga oficial; Lafora (1919) señala el atraso de nuestros manicomios; Salvador Vives, en la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona y en el Ateneo barcelonés preconiza la creación de dispensarios; López Albo, Sanchís Banús y Rodríguez Arias intervienen en el Congreso de Higiene Mental de París (1922), intentando demostrar la utilidad de un convenio internacional para publicar las observaciones de los enfermos; T. Busquet publica una colección de folletos con diferentes proyectos de clínicas, dispensarios, colonias, etc.; Rodríguez Arias, en el Congreso de médicos catalanes de Lérida (1923) y en el Congreso de Medicina de Sevilla (1924) comenta el ejemplo americano y lanza la idea de constituir una Asociación de Neuropsiquiatras que sirva de base a una futura Liga de Higiene Mental; este mismo concepto es defendido por Mira; en 1923 Rodríguez Arias, a instancias de Ley, Genil-Perrin y Beers, asume la función de delegado ibérico y se compromete a encauzar el movimiento de Higiene mental en España, para poder llegar a constituir una Liga.²³¹

Una serie de comisiones, promesas y retrasos nos lleva hasta 1931 y a la aparición de la segunda República que plasmará definitivamente las viejas aspiraciones demandadas desde hacía tiempo por muchos psiquiatras, y que se encauzan posteriormente a través de la Asociación de Neuropsiquiatras y de la Liga de Higiene Mental. "Citemos en el nuevo régimen, las brillantes gestiones de nuestros compañeros Dres. Lafora, Sacristán y Germain y en el seno de la Comisión asesora Jurídica, la actuación del señor Jiménez de Asúa y la de nuestro compañero Dr. Sanchís Banús, diputado por Madrid".²³²

La Liga es también un órgano consultivo, a ella se le solicita desde los poderes públicos que designe un representante en el Patronato Nacional de Protección a la Mujer, siendo encargado de esta representación el Dr. Sacristán.²³³

²³¹Sacristán, Germain y Rodríguez Arias (1930), pp. 346-8.

²³²Boletín de la Liga de Higiene Mental, tomo 1, núm. 4, p. 3.

²³³Archivos de Neurobiología, tomo 12, p. 983.

La primera Asamblea de la Liga, se celebra en Madrid en octubre de 1927, coincidiendo con la segunda reunión de la Asociación de Neuropsiquiatras. Fernández Sanz y Lafora convocaron una sesión preparatoria para constituir el Consejo directivo de la Liga y la celebración de la sesión inaugural de la misma. La sesión preparatoria se celebró el día 23 de octubre, eligiéndose, por unanimidad, el Consejo directivo, que quedó constituido de la siguiente forma:²³⁴

Presidente.....: Excmo. Sr. D. S. Ramón y Cajal (Madrid).

Vicepresidente 1º: D. Manuel Saforcada (Barcelona).

Vicepresidente 2º: D. Gonzalo R. Lafora (Madrid).

Secretario.....: D. Santos Rubiano (Madrid).

Vicesecretario 1º: D. A. J. Torres López (Granada).

Vicesecretario 2º: D. A. Vallejo Nágera (Madrid).

Tesorero.....: D. César Juarros (Madrid).

Vocales.....: **D. J. M. Sacristán (Madrid).**

D. J. Sanchís Banús (Madrid).

D. E. Mesonero Romanos (Madrid).

D. D. J. Gimeno Riera (Zaragoza).

D. W. López Albo (Santander).

D. J. Delgado Roig (Sevilla).

D. M. Prados Such (Málaga).

D. B. Rodríguez Arias (Barcelona).

De acuerdo con el artículo 21, apartado G, párrafo 3º del régimen de la Liga, se eligieron los miembros de las diferentes secciones. El Dr. Sacristán fue elegido Presidente de la sección de Asistencia médica y protección social de los psicópatas. La sesión inaugural se celebró el día veinticuatro, bajo la presidencia del Dr. Cortezo. Inició la sesión el Dr. Saforcada, que expuso el objeto de la Liga y los modos en que desarrollaría su labor. Intervinieron a continuación el Sr. Medina, fiscal de la Audiencia de Madrid, los doctores Torres López, Rodríguez Arias y Santos Rubiano, para finalizar con la lectura, a cargo del Dr. Cortezo, del discurso del doctor Murillo, Director General de Sanidad, en el que promete la creación oficial de una Escuela de

²³⁴ *Boletín de la Liga de Higiene Mental*, tomo 1, núm. 1, p. 1.

psiquiatría, "destinada a enseñar e investigar", y refleja la necesidad de una reforma de la asistencia psiquiátrica.²³⁵

La segunda Asamblea se celebró en Bilbao los días 21, 22 y 23 de septiembre de 1928, coincidiendo con la Asamblea de la Asociación de Neuropsiquiatras. A ella no acudió Sacristán.

La tercera Asamblea se celebró en Sevilla los días 17, 18 y 19 de diciembre de 1929. La sesión inaugural tuvo lugar en el Salón de Actos de la Plaza de España, junto a la de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. En la Presidencia se encontraban el Sr. Mora Arenas, el Sr. González Parejo, los doctores Saforcada, Aguilar Jordán, Gimeno Riera, Rodríguez Arias, Torres López y el Dr. Sacristán, Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. En la sesión del día dieciocho se discute la ponencia suscrita por los doctores Sacristán, Mira y Torres López acerca del tema "Terapéutica de urgencia de los enfermos mentales agudos". El Dr. Mira procede a la lectura de las conclusiones. Posteriormente se pasa a discutir la Ponencia de los doctores Lafora, Sacristán y Escalas Real, acerca del "Anteproyecto de ley para la asistencia al enfermo psíquico", que es leído por el Dr. Lafora. El día diecinueve se prosiguió la discusión del anteproyecto y se celebró una sesión administrativa en la que se designan los ponentes de la siguiente Asamblea y se eligen nuevos cargos. El Dr. Sacristán es sustituido, como Vocal 1º, por el Dr. Mira López.²³⁶

La Asamblea de Sevilla supone un gran éxito para la Liga. Las campañas que la Liga había llevado a cabo anteriormente condujeron a que el Ministerio de la Gobernación pidiera al secretario de la Liga, Dr. Santos Rubiano, el citado anteproyecto de legislación, que fue encomendado a los doctores Lafora, Sacristán y Escalas. Este proyecto fue discutido en Sevilla, posteriormente sometido a la crítica de juristas y luego entregado a la superioridad.

La cuarta Asamblea se celebró en Zaragoza los días 25, 26 y 27 de septiembre de 1930. En esta Asamblea se repartió entre los miembros de la Liga el trabajo realizado por Sacristán, Germain y Rodríguez Arias, en el que recogen sus impresiones del primer Congreso Internacional de Higiene Mental celebrado en Washington, en mayo de 1930, y al que habían asistido como delegados de la Liga

²³⁵Boletín de la Liga de Higiene Mental, tomo 1, núm. 1, p. 1.

²³⁶Boletín de la Liga de Higiene Mental, tomo 1, núm. 3.

Española.²³⁷ Sacristán no pudo acudir a esta Asamblea. El discurso inaugural, realizado por el Dr. Pittaluga trató sobre la necesidad de incorporar la enseñanza de la psiquiatría a las Facultades de Medicina.

La quinta Asamblea se celebró en Granada del 2 al 6 de octubre de 1932, coincidiendo con la Sexta Reunión de la Asociación de Neuropsiquiatras. En la renovación de cargos directivos se nombra vicepresidente segundo a Sacristán, en sustitución de Lafora. Esta Asamblea, la primera celebrada bajo los auspicios de la República, supone un reconocimiento a la labor del Gobierno en la puesta en marcha de las iniciativas legislativas durante tanto tiempo solicitadas.²³⁸

La sexta Asamblea, y última, se celebró en Madrid, del 2 al 6 de diciembre de 1935, coincidiendo, como era habitual, con la reunión de la Asociación de Neuropsiquiatras. Sacristán es reelegido como Vicepresidente 2º.

Una de los logros de la Liga fue la realización de las **SEMANAS DE HIGIENE MENTAL**:

Se inician en 1931 como medio propagandístico (y divulgativo) para los fines de la Liga. Se llevaron a cabo en Madrid, capitales de provincia y algunos pueblos de importancia. No nos consta la participación de Sacristán en las Semanas celebradas fuera de Madrid. En las celebradas en Madrid:

Primera Semana, 1931. El 20 de Abril, en la Academia de Medicina el Dr. Sacristán pronunció una conferencia acerca de "Psiquiatría práctica e Higiene Mental" (como ejemplos, lo realizado por la Liga Alemana de Higiene Mental).²³⁹

Segunda Semana, 1932. El 6 de junio "Bajo la presidencia del Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, tuvo lugar la inauguración de la Semana de Higiene Mental en el local de la Academia de Medicina". El Dr. Germain, dio una conferencia acerca del "Estado actual de la Asistencia Psiquiátrica en España", y el Dr. Sacristán otra sobre "El ruido y la vida psíquica".²⁴⁰ El Dr. Sanchís Banús pronunció finalmente un discurso y leyó las conclusiones de la Semana de Higiene Mental, en nombre del Consejo directivo de la Liga Española de Higiene Mental, con cinco puntos:

²³⁷ Boletín de la Liga de Higiene Mental, tomo 3, núm. 1, pp. 15-6.

²³⁸ Archivos de Neurobiología, tomo 12, pp: 945-1005.

²³⁹ Boletín de la Liga de Higiene Mental, tomo 3, núm. 1, p. 67.

²⁴⁰ Sacristán (1935a).

1° Disposiciones contra el ruido.

2° Suicidios.

3° Prensa.

4° Clínica psiquiátrica para psicópatas jóvenes de ambos sexos.

5° Creación de una colonia agrícola psiquiátrica y sección terapéutica de ocupación, según el sistema de Simon.²⁴¹

Tercera Semana, mayo de 1933. No aparece en el Boletín de la Liga ninguna participación activa de Sacristán; si bien, hay una conferencia radiofónica con fecha de 8 de abril de 1933, organizada por la Agrupación Española de padres y protectores del enfermo psíquico, en la que Sacristán considera esta Agrupación como refuerzo y estímulo para la Liga de Higiene Mental, y dedica la conferencia a describir la conducta que debe adoptar el familiar ante el enfermo psíquico.²⁴²

Cuarta Semana, 1934. No consta la participación de Sacristán.

Quinta Semana, 1935. El 27 de mayo se celebra la sesión inaugural en el gran anfiteatro de la Facultad de Medicina. El Dr. Germain hizo el discurso inaugural y el Dr. Sacristán dio una conferencia sobre "Las alteraciones psíquicas y la cultura". En ella Sacristán habla sobre la acción que ejercen las diferentes manifestaciones que constituyen la cultura de una época, sobre el hombre psíquicamente enfermo y sobre el normal; finaliza planteándose si debe ser considerada la cultura como causa de un aumento progresivo de las enfermedades mentales. Por la tarde, en la Residencia de Señoritas, y bajo la presidencia del Dr. Sacristán, intervinieron los doctores Abaunza ("Delincuencia e higiene mental"), Salas ("El problema social de la psicosis maniaco depresiva") y Garma ("Importancia social de las psiconeurosis"). El 31 mayo, por la tarde, en el Instituto Nacional de Sanidad, bajo la presidencia del Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad, se celebró la sesión de clausura. El Dr. Sacristán dio una conferencia sobre "El problema de la asistencia psiquiátrica en España con motivo del II Congreso Internacional de Higiene Mental".²⁴³

Ya reseñamos la participación de Sacristán en el primer Congreso Internacional de Higiene Mental celebrado en Washington en 1930; allí acudió acompañado de Germain, como delegados oficiales de la Liga Española (véase Apéndice núm. 14). También viajó con ellos Rodríguez Arias.

²⁴¹Boletín de la Liga de Higiene Mental, tomo 3, núm.1, pp. 68-75.

²⁴²Conferencia radiofónica, inédita.

²⁴³Boletín de la Liga de Higiene Mental, tomo 3, núm. 1, pp. 85-8.

El segundo Congreso Internacional de Higiene Mental se celebró en París, en julio de 1937. Sacristán presenta, el día diecinueve, un trabajo titulado *L'hygiène Mentale de la Sexualité*.²⁴⁴ También participó Mira López, que aparece como Presidente de la Liga Española de Higiene Mental, con un trabajo titulado *Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux*.

También hubo una Delegación española en la primera Reunión europea de Higiene Mental, a la que acudieron Lafora y Germain. Sacristán presentó una comunicación, en colaboración con Germain titulada "Psiquiatría comparada e higiene mental".

Sacristán fue nombrado, en 1932, miembro del Comité Internacional de Higiene Mental (véase Apéndice núm. 15).

No es la intención de este trabajo un estudio a fondo de la labor de la Liga Española de Higiene Mental ni de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. A ambas entidades cabe el mérito de haber estimulado a los poderes públicos para la puesta en marcha de una serie de medidas que supusieron un paso adelante en la modernización de la psiquiatría en España en el período previo a la guerra civil.

3.3.6. El doctorado y la Cátedra de Psiquiatría de Madrid

Dentro del proceso de actualización, modernización y consolidación de la psiquiatría en España en sus diferentes niveles (asistencial, legislativo, docente), uno de los aspectos en los que menos progresos se consiguieron fue en la incorporación de la psiquiatría a la Universidad.

En Europa se habían creado las primeras instituciones psiquiátricas diferenciadas al amparo de las universidades, coexistiendo las clínicas universitarias con los manicomios clásicos.²⁴⁵ En España, el retraso en la incorporación de la psiquiatría a la universidad, junto a la pasividad de la administración del Estado, impidió una más amplia renovación del sistema manicomial.

La antigua petición de la creación de la Cátedra de Psiquiatría en Madrid se materializa finalmente en 1933 cuando, a propuesta del Consejo Nacional de Cultura, se crea en la Facultad de Medicina de Madrid una Cátedra de Psiquiatría.²⁴⁶

²⁴⁴Sacristán no acudió a dicho Congreso siendo leída su comunicación por otra persona.

²⁴⁵Bertolín (1993), p. 191.

²⁴⁶*La Gaceta*, 12 de julio de 1933.

Se convoca la oposición turno libre a la Cátedra de Psiquiatría el 18 de diciembre de 1933. Sacristán tenía una gran ilusión en ser el primer Catedrático de Psiquiatría, como recuerda su hijo: "A mi padre lo que más le atraía era la cátedra; no pudo presentarse por la tesis fuera de plazo. En el año 36 se iba a presentar, el verano anterior no veraneamos porque mi padre estaba estudiando para presentarse".²⁴⁷

Sacristán intentó presentarse a estas oposiciones pero no tenía el título de Doctor. En una instancia con fecha 9 de diciembre de 1933, dirigida al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, Sacristán solicita se le conceda matrícula y exámenes extraordinarios para el mes de enero de 1934, para poder presentarse a las oposiciones:

Que habiendo sido convocadas las oposiciones a la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y el que suscribe no habiéndose examinado de las asignaturas del grupo de doctorado por suponer que en el presente curso entrarían en vigor la nueva organización de los estudios del Doctorado que tan solo exige la presentación de la Tesis, y considerándose en condiciones de preparación para presentarse a las citadas oposiciones, solicita se le conceda matrícula y exámenes extraordinarios en el mes de Enero próximo.²⁴⁸

A pesar de ello no conseguirá el título de Doctor hasta finales de 1934, no pudiendo presentarse a la primera oposición para la Cátedra de Psiquiatría de Madrid. Los opositores admitidos fueron Fernández Sanz, Aldama, López Albo, Alberca, Villaverde, Domínguez Borreguero, Angel Guil, López Ibor y Prados Such.²⁴⁹ La oposición finalmente se declaró desierta.

Un testigo presencial de la época, José Pérez López-Villamil, ofreció años después un testimonio sobre aquellos hechos. Según él, habiendo fallecido Sanchís Banús "la Junta de Estudios quería que fuera Catedrático de Psiquiatría, Sacristán, pero no era doctor y no pudo opositar, por eso la dejaron desierta..."²⁵⁰

Esta situación la corrobora J.J. López-Ibor Aliño:

²⁴⁷Comunicación personal de J. M. Sacristán (hijo).

²⁴⁸Archivo General de la Universidad Complutense. Expediente de José Miguel Sacristán y Gutiérrez.

²⁴⁹*La Gaceta*, 14 de mayo de 1934.

²⁵⁰Angosto (1985), p. 485.

En 1933, tres años antes de estallar la guerra civil, se creó en Madrid la Cátedra de Psiquiatría. Realmente se había creado para el doctor Sacristán. (...). Tampoco ganó Sacristán, quien no pudo optar a las oposiciones porque no tenía el título de doctor.²⁵¹

En el curso de 1933-34 Sacristán cursó las asignaturas de Doctorado (véase Apéndice núm. 16), que son las siguientes:

- Antropología: Sobresaliente.
- Endocrinología: Sobresaliente.
- Parasitología: Sobresaliente.
- Hidrología médica: Aprobado.

En diciembre de 1934 obtiene el título de Doctor con el trabajo titulado "El metabolismo hidrocarbonado en la psicosis maniaco depresiva endógena". La nota obtenida es de Sobresaliente. Estuvo dudando en presentar otro de sus trabajos: "Contribución al estudio de las psicosis atípicas de la encefalitis epidémica crónica", como puede comprobarse en el documento cedido por su familia, en cuya portada viene el título, su nombre y debajo, subrayado "Tesis doctoral" con fecha de 22 de enero de 1934. Este trabajo se publicó, con pequeñas modificaciones, en *Archivos de Neurobiología*, tomo 13, con el título de "Las psicosis atípicas de la encefalitis crónica".

En marzo de 1935 se realiza una nueva convocatoria y anuncio de la oposición a la Cátedra de Psiquiatría, estando previsto el comienzo de los ejercicios el 10 de diciembre de 1935.²⁵²

Los aspirantes nombrados son: Prados Such, Sacristán, López Ibor, Villaverde, Dionisio Nieto, Aldama, Mira, Alberca, Fernández Sanz y Siuls.²⁵³

La celebración de los ejercicios va a sufrir un fatal retraso, por problemas en la formación del Tribunal. Se designa un Tribunal constituido por:

Presidente: D. Gregorio Marañón Posadillo, Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Vocales: D. Enrique Escardó Peinador, Jefe del Dispensario de Higiene Mental de la Dehesa de la Villa; D. Gonzalo Rodríguez Lafora, Psiquiatra de la Beneficencia

²⁵¹García-Barros (1996), p. 130.

²⁵²*La Gaceta*, 10 de marzo de 1935.

²⁵³*La Gaceta*, 29 de junio de 1935.

Provincial; D. José López Villamil y D. Enrique Fernández Sanz, Director del Manicomio de Leganés.

Vocales suplentes: D. Juan José Barcia Goyanes, Catedrático de la Universidad de Valencia; D. José M^a Aldama Truchuelo, de la Casa de Salud Valdecillas (Santander); D. Juan Bautista Peset Aleixandre, Catedrático de la Universidad de Valencia y D. Antonio Vallejo Nágera, Director del Manicomio de Ciempozuelos.

Un problema de tipo legal, la imposibilidad de aplicar el Decreto de 4 de octubre cuando se trata de Cátedras únicas, obliga a formar el Tribunal a propuesta de las Facultades de Medicina, lo que supone emitir la solicitud y esperar la respuesta de cada Facultad proponiendo miembros para el Tribunal. Posteriormente surge un nuevo retraso por el significado de la palabra "legal", incluida en la Orden de 7 de noviembre de 1935; el Consejo de Cultura nombra a Villacián como juez del Tribunal y finalmente se nombra el Tribunal en enero de 1936, diez meses después de la convocatoria, quedando constituido por Marañón como Presidente, y Escardó, Lafora, López Villamil y Villacián como vocales;²⁵⁴ posteriormente Mira sustituye a Villacián.

Se abre un nuevo plazo de veinte días, y diez más para Canarias, para solicitar formar parte en las oposiciones, anunciándose que los ejercicios comenzarán el veinte de noviembre próximo.²⁵⁵

La oportunidad de Sacristán de ser el primer Catedrático de Psiquiatría de Madrid se vio truncada por el estallido de la guerra civil, que impidió la celebración de los ejercicios. Al menos nos dejó esbozadas, sucintamente, sus intenciones en el borrador de *Curriculum vitae*. En el apartado 7º, Actitud actual, dice:

El catedrático debe procurar eludir toda tendencia unilateral y tratar de orientar desde un punto de vista imparcial al alumno. Su labor debe ser fundamentalmente práctica. El problema clínico práctico su objetivo esencial. La problemática técnica subrayada adecuadamente (...)

La enseñanza eminentemente práctica. Ni una conferencia sin demostraciones de enfermos. El sistema progresivo americano en oposición con nuestro plan de enseñanza.

Dos tipos de conferencias: principiantes y adelantados. Ciencias auxiliares. Su utilidad para el novicio como tema de investigación. No escuelas de especialistas, sino de médicos prácticos.

²⁵⁴La Gaceta, 23 de febrero de 1936.

²⁵⁵La Gaceta, 3 de junio de 1936.

3.3.7. La plaza de psiquiatría del Hospital Provincial

El reconocido prestigio de Sacristán como una de las figuras psiquiátricas nacionales más importantes del momento le conducen a formar parte del tribunal en numerosas oposiciones para especialistas en enfermedades mentales. Así ocurre en las oposiciones a las plazas de especialista en Cádiz, Salamanca, Huesca, etc. Una de las que tuvo una importante trascendencia fue la celebrada en el Hospital Provincial de Madrid.

La inesperada y prematura muerte de Sanchis Banús en 1932 hace que salga a oposición su vacante del Hospital Provincial en el año 33. El tribunal estaba constituido por Mouriz, Sacristán, Marañón, Goyanes y Enríquez de Salamanca,²⁵⁶ siendo Sacristán el único psiquiatra. A ella se presentan Lafora y Villaverde.

Se crea cierta polémica entre partidarios de uno u otro opositor y, ante ello, el tribunal finalmente opta por solicitar a la Diputación la creación de una segunda plaza.

Hay dos versiones sobre esta oposición. En una se opina que la oposición fue brillantemente ganada por Lafora y los amigos de Villaverde pretendieron dividir el Servicio en dos. La segunda habla de un ejercicio más brillante por parte de Villaverde.²⁵⁷

Ante la situación creada, Sacristán escribe una carta dirigida al "Sr. Presidente del Tribunal de oposiciones a la plaza de médico especializado en Neurología y Psiquiatría de la Beneficencia Provincial de Madrid" en la que va analizando detalladamente cada uno de los ejercicios de Lafora y Villaverde. En ella queda constancia de su amplio saber psiquiátrico, argumentando y fundamentando su voto. En esta carta se observa la búsqueda de la objetividad y el intento de aproximación a los hechos sin carga emocional o ideológica, circunstancia que preside la actividad científica de Sacristán:

(...) El hecho de figurar como miembro del Tribunal de estas oposiciones, cargo que por ningún motivo he pretendido, supongo se debe, no sé si por acierto o error de los organizadores del Tribunal, a mi calidad de especialista en la

²⁵⁶Valenciano (1977), p. 80.

²⁵⁷Moya (1986), pp. 85-8.

materia objeto de la oposición y me coloca en una situación de gravísima responsabilidad, no solo ante mi propia conciencia y ante mis compañeros de especialidad, sino ante la historia de la neuropsiquiatría en España, por cuya dignidad y seriedad científica, tengo la obligación de velar con todo celo e interés. Ello me obliga a intentar mantenerme dentro de la mayor objetividad posible sin perder un solo instante la misión que como juez de estas oposiciones me ha sido encomendada (...). En primer término, debo hacer constar que por ningún motivo puedo admitir la reiterada apreciación de alguno de los miembros de este Tribunal de equiparar el valor científico de la personalidad de los dos opositores que le conduce al extremo de una total inhibición para optar por uno u otro de los dos candidatos. Esta apreciación reiteradamente manifestada, me ha obligado no a dudar del criterio formado por mí a lo largo de los años de vida profesional respecto de los dos candidatos y últimamente ratificados en los ejercicios de las oposiciones, sino a someter, los ejercicios escritos de los opositores a una meditada lectura y cuidadoso análisis. (...) creo y me interesa hacerlo constar así, que ambos constituyen dos valores muy altos en la especialidad de neurología y psiquiatría; pero entre ellos existen diferencias, no de matiz ni tan pequeñas, que sea preciso recurrir para su medida a métodos excepcionalmente sutiles, sino apreciables a simple vista para todo aquel que tenga alguna cultura psiquiátrica y neurológica moderna.

A continuación analiza detalladamente los *currículos* de los opositores y cada uno de los ejercicios que se realizan y finaliza diciendo:

En suma no solo por cuanto antecede, que es tan solo una muestra de las diferencias que entre ambos opositores existe, sino por otras muchas, que hubiera alargado excesivamente este escrito, considero que la personalidad del Dr. Lafora, resalta positivamente sobre la del Dr. Villaverde y hago constar aquí que mi voto es para D. Gonzalo Rodríguez Lafora,²⁵⁸ honra de la neurología y psiquiatría española. Ello no quiere decir -téngase muy presente- que al hacer esta afirmación pretenda menoscabar la personalidad científica del Dr. Villaverde, a quien considero como una figura de primer rango en la Medicina Nacional.²⁵⁹

Queda claro que la posterior decisión de duplicar la plaza puede deberse a las discrepancias entre los miembros del Tribunal y no a la elección de Sacristán que se

²⁵⁸El subrayado es mío.

²⁵⁹Dado el interés del documento lo reproducimos íntegro en el Apéndice núm. 17.

decanta abiertamente por Lafora.²⁶⁰ La decisión de duplicar la plaza y crear dos servicios independientes se atribuye a Sacristán,²⁶¹ lo cual puede coincidir con lo expuesto y, a pesar del voto de Sacristán a favor de Lafora, la falta de acuerdo entre los miembros del Tribunal fue solucionada por Sacristán proponiendo la duplicación de la plaza.

3.3.8. La renovación psiquiátrica durante la II República

Durante el período de la Segunda República es cuando se ponen en práctica y se plasman en leyes las reformas psiquiátricas que se venían demandando desde principios de siglo.

La Asociación Española de Neuropsiquiatras y la Liga Española de Higiene Mental son los referentes de los cambios, durante tanto tiempo deseados, que se ponen en marcha con la llegada de la República, elaborando en poco tiempo un importante número de iniciativas.²⁶²

Los dos elementos fundamentales de la reforma psiquiátrica son el nuevo Decreto de asistencia a los enfermos mentales y la creación del Consejo Superior Psiquiátrico que promueven una serie de normativas psiquiátricas.

3.3.8.1. El Decreto de Asistencia a los enfermos mentales

La primera acción del Gobierno de la segunda República, relativa a la salud mental, se produce el 7 de julio de 1931 con la publicación en *La Gaceta*, tras un largo periplo, del Decreto con la nueva legislación psiquiátrica. El Anteproyecto llevado a cabo por Sacristán, Lafora y Escalas, había sido presentado como ponencia en Sevilla en el Tercer congreso de la Liga de Higiene Mental. Allí fue discutido y ampliado con aportaciones de los psiquiatras presentes y de juristas. Es publicado en 1930²⁶³ para que sea conocido y con el fin de promover la discusión con los que

²⁶⁰Cfr. Moya (1986), pp. 85-92.

²⁶¹Moya (1986), p. 89.

²⁶²Véase Espino (1980).

²⁶³*El Siglo Médico*, núm. 3996.

encuentren defectos en él y así conseguir una mayor unanimidad antes de dirigirlo al Gobierno. Finalmente se publica en *La Gaceta* el 7 de julio de 1931.

La historia de la nueva legislación arranca prácticamente desde 1885, cuando se publica el Decreto de Romero Robledo. Con el Decreto de 1931 se logra, por fin, derogar el Decreto de 1885 de Romero Robledo (y sus posteriores Decretos y Reales órdenes) que había sido contestado ya a las pocas semanas de su publicación. Por medio de una instancia, redactada por el Dr. Luis Dolssa y firmada por Giné y Partagás, Esquerdo, Galcerán y Rodríguez Morini, pedían la derogación del Decreto; dicha instancia fue desestimada.²⁶⁴ Otros trabajos publicados en contra del Decreto se deben a "Rodríguez Méndez, Martí Juliá, Martínez Valverde, Martínez Victorio,²⁶⁵ Vallejo, etc., todos fallecidos, y los de nuestros compañeros Lafora, Sacristán, Juarros, Sanchís Banús, Gimeno Riera, Busquet, Salas Vaca, López Albo, Saforcada, Prados Such, etc."²⁶⁶

También hay que destacar la instancia que, en septiembre de 1924, dirigió al presidente del Directorio Militar, un grupo de psiquiatras: Busquet, Gimeno Riera, Salas Vaca, Fernández Victorio, Marín, Fernández Sanz, Sacristán, Huertas, Coroleu, Xercavins, Rodríguez Morini, Saforcada y Escalas Real. En ella se exponía "la lamentable desorganización de la asistencia psiquiátrica", así como se denunciaban las infracciones de una legislación que solo la desidia y el abandono podían mantener en vigor. Se pedía el nombramiento de una Comisión que propusiera una nueva legislación.²⁶⁷

En la primera reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, celebrada en Barcelona en 1924, se aprueban y elevan al Gobierno las conclusiones (seis) presentadas por Busquet y Escalas Real, entre las que se plantea "la necesidad urgente de una revisión total de la Legislación relativa a los alienados, nombrando para este objeto una Comisión especial informativa, integrada de médicos alienistas y jurisconsultos especializados" y la "necesidad urgente de reorganizar la asistencia de los alienados cimentándola sobre bases puramente científicas..."²⁶⁸ El 29 de julio de 1925 se publica en *La Gaceta* la Real Orden que hace concebir esperanzas

²⁶⁴Escalas Real (1931) p. 1.

²⁶⁵Debe tratarse de un error y quizá Escalas se refiera a Fernández Victorio, fallecido en 1924.

²⁶⁶Escalas Real (1931), p. 1.

²⁶⁷Escalas Real (1931), pp. 1-3.

²⁶⁸*Archivos de Neurobiología*, tomo 5, p. 83.

sobre la reforma; se nombra una Comisión revisadora que tiene tres meses para acabar con el atraso y desorganización asistencial. Sin embargo, transcurren dieciséis meses y, en diciembre de 1926, se publican dos Reales Órdenes, en una se da por terminada la misión de la Comisión, agradeciendo el informe elevado al Ministerio, y en la segunda se hace referencia a la principal medida propuesta por la Comisión, la creación de una Escuela de Psiquiatría, y se nombra una nueva Comisión para que estudie y proponga las modificaciones referentes a la legislación de los enfermos mentales. Una Real orden de 3 de julio de 1927 da por finalizados los trabajos de dicha Comisión, sin resolver nada. Mientras, la Asociación Española de Neuropsiquiatras y la Liga Española de Higiene Mental no cesan de pedir la derogación de las disposiciones vigentes. En la Asamblea de Barcelona, en 1926, Saforcada y Busquet desarrollan la ponencia: "Necesidad urgente de una revisión total de la legislación relativa a los alienados"; en la Asamblea de 1927, en Madrid, Rodríguez Morini, "el incansable propulsor de la reforma", desarrolla la Ponencia "Reforma de la legislación concerniente a internamiento de los alienados"; en la Asamblea de 1928, en Bilbao, se aprobó una proposición por la cual la Asamblea pedía al Presidente del Gobierno la derogación de la legislación vigente; en Julio de 1929, Santos Rubiano, secretario de la Liga de Higiene Mental, visita al ministro de la Gobernación que le manifiesta aceptar el proyecto que Santos Rubiano le ofrece en nombre de la Liga. Se encarga de la ponencia a los doctores Lafora, Sacristán y Escalas Real, que la presentan en la Asamblea de Sevilla, en 1929, y se entrega al Gobierno ya como Anteproyecto.²⁶⁹

La vieja y urgente necesidad de revisar la legislación psiquiátrica toma un impulso definitivo en la reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y de la Liga Española de Higiene Mental celebrada conjuntamente en Sevilla en 1929. En ella:

Sacristán, más que ningún otro socio, explanó una ponencia - con el proyecto de un oportuno Decreto- que minuciosamente discutida como materia y perfilada como disposición gacetable, pasó casi íntegra al Gobierno, el cual con fecha 3 de Julio de 1931 la promulgó con vistas a regularizar la asistencia al enfermo psíquico.²⁷⁰

²⁶⁹Escalas Real (1931), pp. 1-3.

²⁷⁰Rodríguez Arias (1950), p. 7.

El Decreto consta de 35 artículos y presenta ligeras modificaciones con respecto al Anteproyecto publicado por Sacristán, Lafora y Escalas.²⁷¹ La participación de Sacristán es bastante importante, siendo de él el núcleo del proyecto que luego se fue ampliando, como recuerda Lafora de la época de redacción del anteproyecto:

Recuerdo personal inolvidable de Sacristán es para mí, la época de prolongadas conversaciones durante la redacción del «Anteproyecto de legislación para la asistencia al enfermo psíquico», en el que su inicial aportación de 20 artículos, fue ampliándose hasta convertirse en el trabajo de 35 artículos aparecido en «El Siglo Médico» (12-VII-1930), en colaboración con Escalas Real y nosotros, un año después de ser discutido, mejorado y aprobado en el III Congreso de la Liga española de Higiene mental, (...).²⁷²

Este Decreto va a verse pronto acompañado de otras medidas, que supondrán un intento de modernización y actualización de la psiquiatría española.

3.3.8.2. El Consejo Superior Psiquiátrico

A los cuatro meses de la aprobación del proyecto de asistencia psiquiátrica, se va a producir la creación de un órgano constituido por las figuras psiquiátricas más relevantes del país, además del insigne jurista Jiménez de Asúa. Es el Consejo Superior Psiquiátrico, que va a ser la cabeza rectora de la transformación psiquiátrica española.

En noviembre de 1931 se publica el Decreto de su creación:

De acuerdo con lo estipulado por el decreto de 7 de julio (artículo 7º) para la asistencia a enfermos mentales, y dada la conveniencia de que por un lado la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección de Sanidad tenga un alto asesoramiento científico, y por otro, los problemas y asuntos todos referentes a cuestiones de Psiquiatría e Higiene Mental

²⁷¹Cfr. Espino (1980), pp. 84-5.

²⁷²Lafora (1957).

puedan ser elevados a informe de una Comisión de reconocida competencia y máxima solvencia científica,

Vengo en decretar:

1º La creación de un Consejo Superior Psiquiátrico, dependiente de la Dirección de Sanidad.

2º Dicho Consejo constará de un Presidente, que será el Delegado de la Liga Española de Higiene mental en el Consejo Superior de Sanidad; un Vicepresidente, que será el Decano de los Manicomios del Estado; un secretario, que lo será el Jefe de la Sección de psiquiatría e Higiene mental de la Dirección de Sanidad, y de siete Vocales, cuatro con residencia en Madrid y tres con residencia en provincias.

3º Serán cometidos de este Consejo el estudio de los asuntos que le sean remitidos por la Dirección a propuesta de la Sección correspondiente, para lo cual el Consejo se reunirá una vez al mes por citación del secretario, o más a menudo si el trámite de los asuntos así lo exige.

4º Igualmente será cometido del Consejo la inspección de los Hospitales psiquiátricos, conforme al artículo 7º del decreto de 7 de julio; para ello, en la primera reunión de cada año se votarán las personas que durante cada trimestre serán los Delegados del Consejo e inspectores para todos los asuntos que se presenten.

5º Anualmente el Consejo elevará a la Dirección una Memoria con los trabajos del año, la estadística de enfermos mentales que le suministre la Sección de Psiquiatría y los proyectos de reforma que se juzguen convenientes.²⁷³

En *La Gaceta* del mismo día se publica la Orden nombrando a los miembros del Consejo Superior Psiquiátrico, siendo designado Sacristán como vocal:

Ilmo. Sr.: Atendiendo al Decreto sobre asistencia a enfermos mentales, de 7 de julio de 1931,

Vengo en nombrar las siguientes personas para formar parte del Consejo Superior Psiquiátrico:

Presidente, D. Gonzalo Rodríguez Lafora, Consejero de Sanidad.

Vicepresidente, D. Enrique Fernández Sanz, Decano de los manicomios del Estado.

Secretario, D. José Germain Cebrián, Secretario de la Sección de Psiquiatría.

Vocales con residencia en Madrid: D. José Sanchís Banús, D. José Miguel Sacristán, D. César Juarros y D. Luis Jiménez Asúa.

Vocales regionales: D. Emilio Mira López, D. Miguel Prados Such y D. Eduardo Guija Morales.

²⁷³*La Gaceta*, 12 de noviembre de 1931.

El Consejo va a ser el elemento técnico consultivo que asesora y orienta a las autoridades sanitarias, por medio de informes expone los problemas y las posibles soluciones, encontrándose detrás de la mayoría de las diferentes disposiciones legislativas.

En el Consejo se encuentran dos de los tres miembros redactores del Anteproyecto de asistencia al enfermo mental, Sacristán y Lafora. El Consejo se encargará de resolver las dudas derivadas de la aplicación del Anteproyecto aprobado en julio de 1931. En *La Gaceta* del 6 de enero se publica la primera aclaración con relación al alta de los enfermos y su recepción por los familiares. Posteriormente habrá otras modificaciones del contenido de varios artículos referentes al ingreso y reingreso de los enfermos en los establecimientos psiquiátricos, publicadas en *La Gaceta* del 27 de Mayo de 1932, y otras Ordenes aclaratorias en *La Gaceta* del 18 de enero de 1933.

Una de las principales tareas del Consejo era la inspección y control de los establecimientos psiquiátricos. Uno de los viajes de inspección fue realizado por Sacristán, junto a Lafora y Germain, por el norte de España, desde Bayona (Francia) a Bayona (Vigo). Acerca de estos viajes Sacristán "contaba múltiples anécdotas. Decía el propio Sacristán que parecía la Edad Media, con los enfermos encadenados."²⁷⁴

El Consejo realiza una visita al ministro de la Gobernación, Sr. Casares, el 25 de enero de 1933. Los consejeros entregaron al ministro los documentos gráficos de las visitas de inspección realizadas por ellos en 1932, y resaltan las lamentables condiciones en que se encontraban los enfermos mentales, especialmente en los establecimientos psiquiátricos provinciales. También expusieron los consejeros los proyectos de construcción de colonias agrícolas psiquiátricas.²⁷⁵

En cuanto a la creación del Consejo, en la contraportada del folleto de presentación de una conferencia que da Sacristán en Málaga, puede leerse, entre otras cosas:

A su esfuerzo personal se debe en gran parte el interés que empieza a despertarse en nuestro país por la humanización de la asistencia a los enfermos mentales. Su labor en este sentido ha sido constante y tenaz tanto en la prensa profesional como diaria. A él se debe la idea de la creación en España de un Consejo Superior de Psiquiatría, ya lanzada por él hace más de

²⁷⁴Comunicación personal de J. M. Sacristán (hijo).

²⁷⁵*Archivos de Neurobiología*, tomo 13, pp. 207-8.

diez años y no lograda hasta pocos meses há.²⁷⁶ (...). (Véase Apéndice núm. 18).

También Lafora solicita la creación de un "Consejo superior psiquiátrico o Comisión psiquiátrica central" desde las páginas de *Archivos* en junio de 1931.

En el mismo mes de creación del Consejo Superior Psiquiátrico se publica en *La Gaceta*, el 28 de noviembre, la Orden por la que se crea en cada Inspección de Sanidad una Sección de Psiquiatría e Higiene Mental, que esté en relación con todo lo que a esta materia se refiere dentro de la provincia, y con la Sección de Psiquiatría de la Dirección general de Sanidad.

Ese mismo día se publica una Orden por la que todos los Establecimientos psiquiátricos deben llevar una estadística general de los enfermos mentales con arreglo a las fichas que suministre la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección general de Sanidad y otra especial de las enfermedades mentales con arreglo a la clasificación de Kraepelin adoptada por el Consejo Superior Psiquiátrico para toda la Nación. (Véase Apéndice núm. 19).

Como se ha dicho anteriormente la adopción de la clasificación de Kraepelin ya había sido aprobada, a propuesta de Sacristán, en la reunión fundacional de la Asociación de Neuropsiquiatras, en 1924.

En *La Gaceta* del 17 de abril de 1932 se publica una Orden por la que se crea el Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica, adscrito, en todos sus aspectos, al Consejo Superior Psiquiátrico y a la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad. Este Patronato tenía la misión de ocuparse de la vigilancia postmanicomial de los enfermos mentales en tratamiento en los establecimientos psiquiátricos de Madrid.

Sacristán tenía sus reservas con respecto a la misión de los Patronatos. En un proyecto de reglamento para los Dispensarios de Higiene Mental²⁷⁷ hay un artículo referido a la actuación tutelar que deben ejercer los miembros del Patronato con los enfermos que salen de los establecimientos psiquiátricos. Sacristán anota la siguiente advertencia: "¡Ojo con los Patronatos!. No se trata de caridad sino de ayuda técnica".

El Consejo continúa con su labor de asesoría, información y promoción de iniciativas, que conduce a una sucesión de disposiciones. En *La Gaceta* del 20 de

²⁷⁶El subrayado es mío.

mayo de 1932 se publica la Orden, tras estudio e informe del Consejo, relativa al personal sanitario subalterno que existirá en los establecimientos psiquiátricos públicos y privados. También se publica ese mismo día el programa para obtener el certificado de aptitud de "Enfermero psiquiátrico". En *La Gaceta* del 14 de enero de 1933 se publica una Orden disponiendo que todas las Casas de Salud y Manicomios de España habiliten locales suficientes para albergar a los niños alienados menores de quince años. En *La Gaceta* del 10 de octubre de 1933 se publica la Orden que aprueba el Reglamento para las oposiciones a todas las plazas de Médicos de Establecimientos psiquiátricos.

Otra de las iniciativas del Consejo fue la creación de un Dispensario de Higiene Mental, que estaba ubicado en la Dehesa de la Villa, y a cuyo cargo estaba Enrique Escardó. En el "Proyecto de Reglamentación de los Servicios Dispensarios de Higiene Mental", anteriormente citado, se recoge que su labor debe ser esencialmente profiláctica, evitando el paso de muchos enfermos al manicomio mediante un diagnóstico precoz. Este Proyecto, que conservaba Sacristán, se realizó una vez abierto el Dispensario de Madrid, y pretendía crear nuevos Dispensarios por toda España. Sin embargo, cabe recoger las críticas que hace Sacristán sobre el funcionamiento del Dispensario de Madrid. En la introducción del Proyecto se dice:

El Gobierno de la República movido del deseo de reformar totalmente la asistencia psiquiátrica en España y visto el feliz ensayo realizado y ya totalmente logrado del primer Dispensario instalado en Madrid, en la Dehesa de la Villa, que ha demostrado plenamente el interés y valor práctico de este tipo de servicio, (...).

Sacristán anota a continuación:

No, porque no realiza más que una asistencia hospitalaria, y ha dejado de lado toda la asistencia extramanicomial (no puede hacerse la afirmación anterior totalmente falsa).

Como puede verse Sacristán no se deja arrastrar por los aparentes logros en materia asistencial, y persiste siempre en su actitud honrada, exigente e hipercrítica en cuanto se refiere a la asistencia del enfermo mental. Desde hacía largo tiempo

²⁷⁷Dicho proyecto se encontró entre la documentación conservada por la familia del Dr. Sacristán.

Sacristán había mostrado su preocupación por la asistencia postmanicomial; aquí muestra claramente su preocupación por la desviación de los fines previstos.

La idea que tiene Sacristán del Dispensario es como un elemento fundamental para una asistencia psiquiátrica completa, especificando que no son solo centros de profilaxis. En este proyecto, mecanografiado, sobre el que Sacristán va realizando correcciones a mano, se habla de la obligatoriedad de la asistencia extrahospitalaria, advirtiendo Sacristán que no puede obligarse a ello sino advertir de sus ventajas y añade: "No hay que olvidar que la asistencia extramanicomial no es una medida policiaca. Así en Alemania es voluntario el someterse a ella o no".

Una de las últimas actividades legislativas fue el Decreto por el que se autoriza al ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión a presentar a las Cortes un Proyecto de Ley de organización de la asistencia psiquiátrica nacional.²⁷⁸ El Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional fue presentado al Congreso de los Diputados por el ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, el 31 de mayo de 1935. En un artículo de dicha ley se especificaba que comenzaría a regir a los tres meses de su publicación en *La Gaceta*, debiendo dos meses antes estar redactado un reglamento.²⁷⁹ Este "Reglamento sobre la aplicación del Plan Nacional de Asistencia Psiquiátrica" constaba de ocho artículos (según el documento mecanografiado que conservaba Sacristán, que reproducimos en el Apéndice núm. 20).

Este Proyecto de Ley, que no llegó a ejecutarse, pretendía coordinar la acción del Estado en todo el territorio nacional, acción que hasta el momento desempeñaban las Corporaciones provinciales, mediante una normas generales.

Como ejemplo de las actividades del Consejo Superior Psiquiátrico reproducimos el orden del día de la sesión del 10 de diciembre de 1932:

- 1-Lectura del acta de la sesión anterior.
- 2-Comunicación del Presidente del Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica de la reunión del mes de Noviembre.
- 3-Proyecto de reglamentación de estudios de médicos psiquiatras.
- 4-Proyecto de Reglamento del Consejo.
- 5-Nueva instancia de los practicantes.
- 6-Inspección de los establecimientos psiquiátricos.

²⁷⁸Espino (1980), p. 106.

²⁷⁹Huertas (1995), p. 209.

7-Publicación anual del Consejo.

8-Creación y constitución del Dispensario de Higiene Mental.

9-La legislación del trabajo en relación con los establecimientos psiquiátricos (ponencia).

El Consejo Superior Psiquiátrico fue inesperadamente disuelto en 1935, siendo tal disolución tema de una de las sesiones de la VI Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental "que acordó por unanimidad expresar el disgusto con que ha visto tal determinación y el deseo de que sea repuesto en sus funciones".²⁸⁰

3.3.8.3. Aportaciones de Sacristán a la reforma asistencial psiquiátrica

Sacristán realizó una destacada labor en el intento de modernización de la asistencia psiquiátrica en España. Estuvo presente en el movimiento renovador psiquiátrico desde sus primeros artículos en prensa, denunciando la situación psiquiátrica en España, hasta el momento en que es miembro del Consejo Superior Psiquiátrico, que es el órgano asesor en materia psiquiátrica y se le puede considerar responsable de los cambios producidos desde 1931. El Consejo realizaba informes técnicos para la Dirección General de Sanidad, promovía cambios y recogía las inquietudes de los psiquiatras. Por el Consejo pasaban los Reglamentos y disposiciones que se iban introduciendo en la práctica psiquiátrica española.

Entre el material que se conserva de Sacristán, se encuentran diferentes reglamentos (el reglamento sobre la aplicación del plan nacional de asistencia psiquiátrica, el reglamento del Dispensario de Higiene Mental y Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica, el Decreto de reorganización del Consejo Superior Psiquiátrico, el reglamento del Consejo Superior Psiquiátrico), algunos con notas manuscritas del propio Sacristán, que nos permiten deducir su activa participación en los cambios legislativos ocurridos en España desde 1931 hasta 1936.

No se puede dejar de citar a uno de los artífices de tal reforma, el Dr. Pascua; sobre él, Sacristán dice:

La serena labor de reconstrucción de la Sanidad Nacional emprendida por el Dr. D. Marcelino Pascua desde la dirección General de Sanidad de la República merece ser calurosamente subrayada por su moderna orientación científica y muy

²⁸⁰El Sol, 24 de diciembre de 1935.

principalmente por la clara visión que manifiesta del problema general sanitario planteado en nuestro país. (...) El Dr. Pascua ha logrado pisar tierra firme y hoy, merced a sus excepcionales condiciones e intensa preparación científica, el complejo problema sanitario de nuestro país comienza una nueva época. (...) ²⁸¹

De la importante colaboración de los poderes públicos para la realización de la reforma habla Sacristán en la presentación de la Conferencia que dio en la Residencia de Estudiantes en 1932:

(...) Es preciso consignar un hecho de suma trascendencia, me refiero al interés oficial por nuestro problema psiquiátrico práctico, expresado en diversas disposiciones del Director General de Sanidad Dr. Pascua. Interés ausente hasta la fecha de nuestras esferas oficiales sanitarias y universitarias. No era posible dar un solo paso en el sentido de mejora de la situación y de las atenciones científicas y humanitarias que precisan los enfermos psíquicos de nuestras clases humildes sin un apoyo oficial decidido y sincero. (...) ²⁸²

A pesar de los cambios acaecidos, que Sacristán aprecia, sigue considerando a la psiquiatría española en un estado de gran atraso. Considera insuficientes los cambios realizados:

(...) Sería injusto no reconocer que en estos últimos años los psiquiatras españoles hemos logrado ver realizados algunos de nuestros deseos y solucionadas algunas de las cuestiones de mayor urgencia. Hoy disponemos en efecto, de una legislación psiquiátrica, promulgada el año 31, en sustitución de la anterior, vigente desde el año 85, y de una organización de las estadísticas de enfermos asistidos en los manicomios españoles hasta ahora inexistente. Una experiencia de cuatro años, respecto de la primera, nos autoriza a señalar en la actual legislación psiquiátrica evidentes ventajas respecto de la anterior, máxima rapidez del internamiento en los casos de urgencia y menor número de formalidades burocráticas para el ingreso del enfermo psíquico. ²⁸³

²⁸¹Escrito de Sacristán sin fecha, manuscrito y mecanografiado, que parece borrador de un discurso-homenaje al Dr. Pascua.

²⁸²Escrito de Sacristán sin fecha, manuscrito y mecanografiado, borrador del discurso celebrado en la Sociedad de Cursos y Conferencias de la Residencia de Estudiantes en 1932.

²⁸³Conferencia pronunciada en la V Semana de Higiene Mental con el título: "El problema de la asistencia psiquiátrica en España con motivo del II Congreso Internacional de Higiene Mental".

Señala las dificultades de instaurar un sistema estadístico, en parte por la inercia de los médicos poco habituados a estas tareas y, por otro lado, lo inadecuado de la clasificación de Kraepelin para estos fines, por su complejidad. Destaca los resultados de las visitas a establecimientos psiquiátricos por parte del Consejo Superior Psiquiátrico, y una realidad conseguida como el Dispensario de Higiene Mental.

Excepto los puntos señalados que constituyen un progreso indiscutible respecto a nuestra situación anterior puede afirmarse que la asistencia oficial psiquiátrica en España apenas ha salido de la situación que era la norma en Europa a mediados del siglo pasado, cuando la asistencia no correspondía más que a una necesidad: la del internamiento del enfermo psíquico.²⁸⁴

Sacristán, abierto siempre a las nuevas tendencias, sabe la importancia que tiene la asistencia extramanicomial, apenas existente en España, señala su ausencia como uno de los lunares de la reforma llevada a cabo, solicita un esfuerzo a las autoridades para desarrollarla y denuncia los riesgos del hospitalismo:

El internamiento no constituye en la actualidad más que una de las partes de la asistencia psiquiátrica y no, como alguien pudiera sospechar, único objetivo. Hoy (...) el internamiento es una indicación médica que tiene sus límites precisos. El enfermo psíquico español indigente se halla expuesto, a causa de que en los establecimientos encargados de su asistencia esta terapéutica es letra muerta, a sufrir una serie de síntomas sobreañadidos, independientes del proceso que sufre, que alargan indefinidamente su internamiento. (...). Este es precisamente el punto fundamental, en mi sentir, sobre el cual debe dirigirse el esfuerzo oficial: la organización de la asistencia extramanicomial, hoy en plena actividad en toda Europa y América.²⁸⁵

Así de exigente se muestra Sacristán, poco dado a alabanzas, más preocupado por denunciar las carencias que por destacar los logros y siempre con el objetivo de

²⁸⁴ Conferencia pronunciada en la V Semana de Higiene Mental con el título: "El problema de la asistencia psiquiátrica en España con motivo del II Congreso Internacional de Higiene Mental", p. 4.

²⁸⁵ Conferencia: El problema de la asistencia psiquiátrica en España con motivo del II Congreso Internacional de Higiene Mental.

la mejora de las condiciones de la asistencia psiquiátrica en España, con la pluma presta a la denuncia.

Abundando sobre los cambios acaecidos, Sacristán reitera lo poco conseguido y el largo camino que aún queda por recorrer:

A pesar de la intensa labor del Consejo Superior Psiquiátrico, de las campañas de la Liga Española de Higiene Mental los psiquiatras españoles a favor de una transformación de nuestra asistencia psiquiátrica oficial hemos avanzado tan poco, que nuestra asistencia psiquiátrica es todavía cuantitativa y cualitativamente insuficiente. Ciertamente que ya son muchos los centros oficiales que proyectan o construyen nuevos establecimientos psiquiátricos de tipo manicomial; pero la asistencia psiquiátrica de urgencia, la asistencia psiquiátrica de la ciudad y la asistencia extramanicomial son desconocidas en España. La asistencia al enfermo mental considerada en su totalidad (asistencia de urgencia, manicomial y extramanicomial) exige grandes gastos y en modo alguno puede realizarse de un modo decente dedicando a ella las sumas irrisorias usuales en nuestros presupuestos oficiales. Hoy cuenta ya España con personal técnico muy competente formado, en gran número, en las mejores clínicas psiquiátricas extranjeras, que espera impaciente el auxilio oficial para rendir una labor eficaz. Todo retraso en este sentido lleva implícito el peligro de que estas fuerzas dirijan su actividad hacia otras direcciones y se pierda un elemento tan esencial, que, si se pierden todavía algunos años en dilaciones burocráticas, sería muy difícil volver a poseer. Hoy cuenta España, aunque las Universidades nacionales nada hayan hecho para conseguirlo, con un número de especialistas jóvenes de gran valor que es preciso e indispensable utilizar inmediatamente en beneficio del enfermo mental tan abandonado, hasta la fecha en nuestro país.²⁸⁶

Sacristán colaboró activamente con el Gobierno de la República en la transformación de la psiquiatría en España, pero todo ello desde la perspectiva científica, jamás militó en partido político alguno. Su antigua amistad con Negrín le acercó al mundo de la política, pero más por razones intelectuales que de otro tipo. Su objetivo fue siempre el enfermo mental y la ciencia que de él se ocupa.

²⁸⁶Borrador mecanografiado, sin fecha, de Sacristán.

3.3.9. La Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid

A raíz de la constitución de la Asociación Española de Neuropsiquiatras se constituyen otras asociaciones locales que permiten una mayor frecuencia de actividades especializadas.

La iniciativa de la creación de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid se debe al Dr. López Albo, como reconoce el Dr. Sacristán en las palabras que pronuncia en la Sesión extraordinaria celebrada, con motivo de la Semana de Higiene Mental, en junio de 1932 en Madrid:

Hacia tiempo que era sentida, por cuantos nos dedicamos a estas disciplinas médicas, la necesidad de poseer un medio propio, especializado, que permitiera a todo el que trabaja en Neurología y Psiquiatría exponer el resultado de su labor personal sin las restricciones que de ordinario imponen, a causa de su carácter general se entiende, otras Sociedades médicas. Merced a la iniciativa de nuestro querido amigo el doctor López Albo, que dio el primer paso en este sentido, nuestro pasado deseo es hoy un hecho.²⁸⁷

A la iniciativa de López Albo se suman Lafora, Sanchís Banús, Sacristán y Fernández Sanz, que escriben una circular publicada en *Archivos de Neurobiología* en 1931, en la que se recoge la creación de la Sociedad y sus fines:

La labor neurológica y psiquiátrica que actualmente se produce en nuestro país, dispersa ahora por diferentes Sociedades de Madrid y provincias, creemos ha logrado ya el necesario desarrollo para que merezca ser recogida por una agrupación especializada.

Acaso sea Madrid la única capital europea de su importancia, carente de una Sociedad que congregue a quienes cultivan nuestras disciplinas, no obstante contar con un núcleo selecto de psiquiatras y neurólogos, que unidos a los del resto de España están en el deber de construir una activa Sociedad científica.

Una Sociedad neuro-psiquiátrica de Madrid, integrada por socios numerarios de Madrid y provincias, que celebrara sesiones mensuales desde octubre a junio, evidenciaría, sin duda, el auge adquirido por nuestra especialidad en los dos últimos decenios.²⁸⁸

²⁸⁷ *Archivos de Neurobiología*, tomo 12, pp. 787-8.

²⁸⁸ *Archivos de Neurobiología*, tomo 11, pp. 94-6.

La Sociedad serviría de tribuna para la divulgación de los problemas pendientes de resolución, tales como la enseñanza de la Psiquiatría y Neurología en las Facultades de Medicina, los servicios abiertos y la obra social psiquiátrica. Se organizarían cursillos para estudiantes de medicina y postgraduados.

Animados de las mayores esperanzas nos dirigimos a usted, para que si, como esperamos, acoge con interés nuestra sugerión, tenga la bondad de adherirse, dirigiéndose al Dr. Germain, Instituto Psicotécnico, Embajadores, 41, Madrid.

Cuando hayamos recibido un número suficiente de adhesiones, convocaremos una reunión en Madrid, con el fin de que la Academia quede constituida antes del mes de julio, y pueda empezar a funcionar en el mes de octubre próximo.²⁸⁹

En otoño de 1931 se celebra en el Colegio de Médicos una reunión convocada para fundar la Sociedad. En ella se aprueba el Reglamento, que se edita en 1932 y se eligió la Junta directiva que quedó constituida como sigue:

Presidente, doctor José M. Sacristán.

Vicepresidente, doctor Pío del Río Hortega.

Secretario, doctor Dionisio Nieto.

Vicesecretario, doctor José Germain.

Tesorero, doctor Angel Garma.²⁹⁰

La revista *Archivos de Neurobiología* es el órgano oficial de la Sociedad y el domicilio social está en el Colegio de Médicos de Madrid.

La primera sesión científica se celebró en el aula segunda de la Facultad de Medicina, el 16 de febrero de 1932, bajo la presidencia de Sacristán. Comenzó a las siete de la tarde, interviniendo Del Río Hortega ("Micro y macrogliosis de las placas seniles"), Salas ("Análisis del psicodiagnóstico de Rorschach en un caso de esquizofrenia") y el Vázquez ("Los reflejos vegetativos en clínica"), finalizando a las nueve y media de la noche.²⁹¹

La siguiente sesión se celebra el 4 de marzo de 1932 y Sacristán presenta una comunicación titulada "Disposición musical y alucinaciones acústicas en el círculo

²⁸⁹ *Archivos de Neurobiología*, tomo 11, p. 95.

²⁹⁰ *Archivos de Neurobiología*, tomo 11, p. 684.

²⁹¹ *Archivos de Neurobiología*, tomo 12, pp. 109-14.

familiar de un caso de esquizofrenia catatónica" que publicó posteriormente en *Archivos de Neurobiología*.²⁹² También participaron R. Bueno ("Consideraciones sobre tres casos operados de sistema nervioso") y Sanchís Banús ("Sobre las encefalomiELITIS agudas diseminadas").

La siguiente reunión se produce el 29 de abril de 1932, con comunicaciones de los doctores Lafora ("Presentación de caso para diagnóstico"), Troyano y Nieto ("Sobre las relaciones de la esquizofrenia con la epilepsia en la herencia"). El 13 de junio se convoca una reunión extraordinaria con motivo de la Semana de Higiene Mental. En ella, Sacristán realiza una breve disertación en la que se revela su talante afable y su preocupación científica:

(...) Al crearse esta Sociedad se ha creado simultáneamente el lugar adecuado, acogedor y comprensivo de nuestra común labor. Su finalidad no puede ser más que una: la investigación de la verdad, y en nuestro espíritu está reciamente arraigado un sentimiento de desvío hacia todo cuanto intente separarnos del camino que nos hemos trazado. No es, ni jamás podrá llegar a ser nuestra Sociedad, escaparate abierto a la vanidad ni campo propicio al arribismo que fuera del ámbito científico pretende alcanzar determinadas posiciones, sino lugar ampliamente liberal para todas las ideas y doctrinas científicas, sean éstas las que fueren. (...) ²⁹³

El 25 de octubre de 1932, se celebra la primera sesión del curso 32-33, sesión dedicada a la memoria del Dr. Sanchís Banús, en la que Sacristán realiza un breve discurso en el que lamenta que la recién creada Sociedad "tuviera ya que señalar la pérdida de uno de sus más eficaces y entusiastas colaboradores: el doctor Sanchís Banús, muerto en plena actividad científica y social."²⁹⁴ Se presenta una comunicación de Sanchís Banús ("Dos casos mortales después de la punción lumbar en enfermos sin tumor cerebral") y también presentan comunicaciones E. Mira ("Cuatro casos de catástrofe postoperatoria en enfermos psiconeuróticos intervenidos incidentalmente"), Fernández Sanz ("Instalación de departamentos neuropsiquiátricos en los hospitales generales"), Villaverde ("Los fenómenos regenerativos de los nervios en la intoxicación por el plomo") y Alberca Lorente ("La encefalomiELITIS postífica"). La sesión científica en homenaje a Sanchís Banús se

²⁹²Sacristán, Salas y Fanjul (1930).

²⁹³*Archivos de Neurobiología*, tomo 12, pp. 787-9.

²⁹⁴*Archivos de Neurobiología*, tomo 13, p. 175.

continúa el 10 de noviembre del mismo año participando Del Río Hortega ("El proceso cicatricial de las heridas del cerebro"), Garma ("Notas sobre psicoterapia en los psicópatas esquizoides"), López Albo ("Reacción paranoide en un caso de ceguera cortical"), F. Fuerte ("Un caso de psicosis tabética") y Pérez-López Villamil ("Matiz intenso de religiosidad en el contenido del psiquismo humano"). La última sesión del año se celebra el 23 de diciembre y en ella participan Díaz Gómez ("Algunos casos de quiste aracnoideo operado"), López Albo ("Dos casos de tumor del nervio acústico"), Lafora ("Los factores hereditarios e individual del suicidio") y Valenciano ("El empleo de la insulina en la desmorfinización").²⁹⁵

En la sesión del 21 de febrero de 1933, Sacristán presenta un trabajo titulado "El metabolismo del bromo en la psicosis maníacodepresiva", participando también López Albo con dos comunicaciones ("El tratamiento de la corea grave por el sulfato de magnesio" y "Tratamiento de los accidentes postraquianestésicos por la efetonina") y Pérez-López Villamil ("El papel del campo sensorial externo en la génesis de las alucinaciones visuales" y "Situación de las alucinosis entre las percepciones").²⁹⁶

Los días 20 y 21 de abril de 1933, organizadas por la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid dará unas conferencias, en el aula del Dr. Marañón, el profesor Clérambault. Los temas de las conferencias serán: "Los delirios de interpretaciones" y "Las psicosis alucinatorias crónicas".²⁹⁷ El día 22, sesión científica en la que participa el Dr. Clérambault con la conferencia: "La mecanicidad en las psicosis". Sacristán realiza el discurso de presentación de Clérambault:

La Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid, deseosa de hacer conocer al público médico madrileño las figuras mundiales más representativas de nuestra especialidad, ha aprovechado el paso del Dr. Clérambault, de París, a su regreso del Congreso de Rabat, para invitarle a dar dos conferencias sobre aquellos temas psiquiátricos que desde hace largo tiempo ocupan su actividad de investigador clínico. No precisa la personalidad científica del Dr. Clérambault de presentación alguna. Su obra es bien conocida de todos los que nos ocupamos de psiquiatría. Hombre de espíritu independiente, formado en Alemania, limpio de todo prejuicio de escuela, de excepcional sentido crítico, su obra lleva un sello de originalidad nada común hoy en la literatura psiquiátrica. (...)²⁹⁸

²⁹⁵Archivos de Neurobiología, tomo 13, pp. 175-85.

²⁹⁶Archivos de Neurobiología, tomo 13, p. 369.

²⁹⁷El Sol (19-4-1933), p. 4.

²⁹⁸Discurso original mecanografiado y manuscrito de Sacristán. Inédito.

El 25 de enero de 1934 la Sociedad dedica una sesión a las psicosis infantiles, sirviendo de base a la discusión una ponencia de Vallejo Nágera titulada "Consideraciones clínicas sobre las psicosis infantiles".

El 23 de junio de 1934 se celebra una sesión extraordinaria dedicada al estudio del problema forense de los estados paranoides. Se discutieron los informes del caso Hildegart. Solo comparecieron Sacristán y Prados, y la Sociedad dio una nota a la prensa en la que se solidarizaba con el informe de Sacristán y Prados.²⁹⁹ El diario *El Sol* (26-6-1934) recoge esta reunión:

El 23-6-34 celebró sesión científica la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid en la que los doctores Sacristán y Prados expusieron su comunicación titulada 'El problema forense de los estados paranoides' en la que estudiaron la personalidad de Doña Aurora Rodríguez. Intervinieron los doctores Lafora, Garma, Salas y Valenciano, quedando patente la absoluta conformidad de los socios presentes con el diagnóstico y conclusiones médico-legales establecidas en la comunicación. Se nombrará una comisión encargada de hacer públicos los acuerdos tomados en esta sesión y se acordó redactar una ponencia pidiendo se introduzcan modificaciones en el modo de conducir el peritaje psiquiátrico.

La Sociedad desapareció con la guerra civil y se reorganizó el 13 de noviembre de 1958; la Comisión organizadora estaba integrada por los doctores Cabrera, Rábano, Santo-Domingo, Sacristán (hijo), Boixadós y Paumard. Se eligió una Junta con Obrador como Presidente.³⁰⁰

3.4. EL INSTITUTO DE ESTUDIOS PENALES.

A partir de 1932, en que pasa a formar parte del cuadro de profesores del Instituto de Estudios Penales, Sacristán comienza a profundizar y participar de forma

²⁹⁹Valenciano (1977), p. 121.

³⁰⁰*Archivos de Neurobiología*, tomo 21, p. 458.

más activa en cuestiones penales y criminológicas, manteniendo una estrecha relación con el penalista Jiménez de Asúa.

3.4.1. Antecedentes y creación

La Escuela de Criminología se creó por Real Orden de 12 de marzo de 1903, y fue suspendida temporalmente por Real Decreto de 17 de diciembre de 1926; en sustitución de la misma fue creado el Instituto de Estudios Penales por Decreto de 29 de marzo de 1932:³⁰¹

Se crea el Instituto de Estudios Penales, dependiente del Ministerio de Justicia, dedicado a la preparación del personal del Cuerpo de Prisiones, a la ampliación o complemento de estudios de otras carreras que se determinen y a la enseñanza libre de ciencias penales.³⁰²

Con la creación del Instituto de Estudios Penales se pretendía tener una institución en la que no solo estudiaran los funcionarios del Cuerpo de Prisiones, sino que se realizaran cursos para los aspirantes a la Judicatura, al Ministerio Público, a los Cuerpos Jurídicos Militares, etc. Se realizan cursos para aspirantes al cuerpo de prisiones que versaban sobre Criminología, Penología, Psicopatología, Pedagogía Correccional, Derecho Penal, Derecho Procesal Criminal, Sistemas de identificación judicial y Administración y Contabilidad de Prisiones.³⁰³

En un principio es nombrado profesor del Instituto D. José Sanchís Banús,³⁰⁴ junto a D. Luis Jiménez de Asúa, Álvarez Santullano, Ruiz Funes y Bernaldo de Quirós, siendo nombrado posteriormente Jiménez de Asúa director del Instituto.³⁰⁵

Antes de que el Instituto comenzara a funcionar se produce el fallecimiento de Sanchís Banús. El Instituto abrió un concurso para proveer el puesto vacante y pidió informe al Consejo Superior Psiquiátrico sobre los especialistas que acudieron a concurso. De este modo fue nombrado José Miguel Sacristán como Profesor de Psicopatología del Instituto de Estudios Penales en sustitución de Sanchís Banús:

³⁰¹Aranzadi (1976), tomo 8, pp. 1313-4.

³⁰²*La Gaceta*, 31 de marzo de 1932.

³⁰³Jiménez de Asúa (1934), pp. 439-40.

³⁰⁴*La Gaceta*, 22 de abril de 1932.

³⁰⁵Orden de 24 de mayo de 1932.

De conformidad con la propuesta elevada a este Departamento por el Claustro de Profesores del Instituto de Estudios Penales para la provisión de la Cátedra de Psicopatología, vacante en dicho Instituto.

Este Ministerio ha dispuesto nombrar para el mencionado cargo a don José Miguel Sacristán y Gutiérrez, que reúne las condiciones exigidas por la orden ministerial de 31 de octubre último, según el informe emitido por el Consejo Superior Psiquiátrico, pasando a percibir la gratificación anual de 4000 pesetas, como Profesor del referido centro docente.³⁰⁶

Sobre este tema, el Sr. Recasens en el Congreso de los Diputados, en un debate acerca del cierre del Instituto de Estudios Penales dice:

Al producirse, por fallecimiento de uno de sus profesores, la primera vacante, ésta hubo de cubrirse ya según el procedimiento reglamentario establecido en el decreto de fundación del Instituto, y a virtud de concurso fue nombrado el destacadísimo psiquiatra D. José Miguel Sacristán, de justo renombre internacional. (...) ³⁰⁷

La incorporación de Sacristán se produce poco después de dar comienzo el curso libre de Ciencias penales organizado por el Instituto, que constaba de dos ciclos. El primero comenzó en noviembre de 1932 y terminó en febrero de 1933. El segundo se verificó desde el primero de abril al 30 de junio de 1933.³⁰⁸

Los cursos para funcionarios técnicos del Cuerpo de Prisiones, estaban previstos, el primero, desde octubre de 1933 hasta febrero de 1934, y el segundo desde el primero de octubre de 1934 hasta finales de febrero de 1935.³⁰⁹ En estos cursos Sacristán intentaba iniciar a sus alumnos en el conocimiento de la psicopatología. El último curso que dictó Sacristán empezó el 24 de marzo de 1936, y en la primera conferencia indica la finalidad y objetivo del curso:

La forma o el modo de iniciar en psicopatología general a personas interesadas en los problemas que plantea la personalidad criminal, pero que carecen de la preparación elemental necesaria, propia del médico, ofrece evidentes

³⁰⁶ *La Gaceta*, 18 de diciembre de 1932.

³⁰⁷ *Diario del Congreso de los Diputados*. Sesión del 26 de marzo de 1935.

³⁰⁸ Jiménez de Asúa (1934), pp. 446-7.

³⁰⁹ Jiménez de Asúa (1934), pp. 443-4.

dificultades -en mi sentir- nada fáciles de obviar, especialmente cuando en cada instante no las tenemos presentes.

Aleccionado por cursos anteriores creo -y Vds. coincidirán con mi criterio- que nuestra labor debe ser eminentemente práctica y dejar de lado cuanto sea lastre teórico y no pueda conducirnos al fin que este curso de psicopatología representa para Vds. no es otro que el de proporcionar a Vds. un instrumento de conocimiento que les permita -no como alguien pudiera ligeramente suponer resolver problemas meramente psicopatológicos o psiquiátricos- sino PODER ENTENDER Y VALORAR DEBIDAMENTE el modo como el técnico -médico forense, médico psiquiatra- resuelve los problemas que la anormalidad psíquica plantea en sus relaciones con la criminalidad. Por otra parte, aquel que se encuentra en más inmediato contacto con el delincuente debe conocer en sus líneas elementales y simples aquellas anomalías de la mente, aquellas alteraciones de la psique, aquellos fenómenos psíquicos patológicos que denuncian la enfermedad mental y que por lo tanto deben ser segregados de la población penal común para ser sometidos a un tratamiento diferente.³¹⁰

Otro de los cursos que dictó Sacristán en el Instituto de Estudios Penales fue el titulado "Sintomatología general de las psicosis", en febrero de 1935.

Entre las diversas tendencias existentes, Sacristán se decidió por la Biología Criminal (véase capítulo 18 de esta tesis).

3.4.2. Anexo Psiquiátrico y Servicio de Biología criminal.

Por Decreto de 23 de febrero de 1933 "Se crea, en el Instituto de Estudios Penales, con carácter de ensayo, un anexo psiquiátrico en el que figurará un Servicio de Biología Criminal, adscrito y dependiente de dicho Instituto" (art. 1º).³¹¹

El preámbulo de dicho decreto fue redactado por Sacristán, y en él recoge los fines de dicho Servicio Biológico:

El estudio biológico criminal de la personalidad del delincuente se halla aún, por desgracia, inédito en nuestro país: De aquí la urgencia de organizar con el carácter de ensayo un servicio de Biología criminal, dependiente del Instituto de Estudios penales. Su finalidad primordial no es otra que la de alcanzar el conocimiento científico de la personalidad del delincuente antes del cumplimiento de la pena, merced al estudio de su

³¹⁰Sacristán. IEP, (24-3-1936).

³¹¹*La Gaceta*, 14 de marzo de 1933.

constitución psicofísica, herencia, medio, carácter, temperamento, etc., con objeto de establecer, de una parte, las posibilidades de su reeducación social, y de otra, instituir el tratamiento penal más adecuado para conseguirlo. (...).³¹²

El Servicio de Biología Criminal tenía por objeto el estudio científico de los delincuentes reclusos en las prisiones de Madrid.

Sacristán es el Director del Servicio, pues la Dirección del Anexo Psiquiátrico y la del Servicio de Biología estaba encomendada al Profesor de Psicopatología del Instituto de Estudios Penales. Había un Subdirector o Jefe de Trabajos del Anexo, y un Ayudante Médico, que debían ser ambos médicos especialistas en psiquiatría. Dionisio Nieto fue nombrado Ayudante del Anexo psiquiátrico y Servicio de biología criminal del Instituto de Estudios Penales.³¹³

El Instituto, y su Anexo Psiquiátrico, continuaron funcionando hasta 1935, en que se restablece la Escuela de Criminología en sustitución del Instituto de Estudios Penales. Entre las materias de los cursos desaparece la Psicopatología. El Ministerio resuelve que "los señores que hasta ahora han constituido el Claustro de Profesores del mencionado Instituto cesen en sus cargos desde el día de la fecha, expresándoles la gratitud y reconocimiento del Gobierno por la labor que han realizado."³¹⁴

Posteriormente, en marzo de 1936, se restablece de nuevo el Instituto de Estudios Penales, reintegrándose los profesores a sus cátedras.³¹⁵ Sacristán reinició su actividad como profesor de Psicopatología a finales de marzo de 1936.

Tras la guerra civil el Instituto de Estudios Penales continúa existiendo hasta 1940 en que es sustituido por la Escuela de Estudios Penitenciarios.³¹⁶

Su relación con la actividad penal lleva a Sacristán a formar parte de una comisión nombrada con la finalidad de elaborar un proyecto de Reglamento penitenciario. Dicha comisión está constituida por Victoria Kent y Jiménez de Asúa como penalistas, Ruiz Maya y Sacristán como psicopatólogos, Germain, Director de

³¹²Jiménez de Asúa (1934), pp. 450-1.

³¹³*La Gaceta*, 8 de abril de 1933.

³¹⁴*La Gaceta*, 28 de febrero de 1935.

³¹⁵*La Gaceta*, 8 de marzo de 1936.

³¹⁶Aranzadi (1976), tomo 8, p. 1314.

Instituto Psicotécnico y los Inspectores General y Central de Prisiones (véase Apéndice núm. 21).³¹⁷ Pocos meses después se disolvió la Comisión.³¹⁸

Sacristán desarrolló una gran actividad en este campo y quiso introducir el elemento científico en el campo de la criminología en sus aspectos más modernos. Poseedor de una gran información sobre los avances de las ciencias en Europa, pretendió y consiguió introducir los Servicios de Biología Criminal que ya existían en algunos países europeos, llegando a redactar el preámbulo del decreto de creación de dichos servicios en España.

3.5. CURSOS Y CONFERENCIAS

Sacristán era un hombre al que no le gustaba hablar ante público numeroso, se encontraba más a gusto en pequeños grupos. "Era poco capaz para presentarse en público".³¹⁹ A pesar de ello, su interés en la difusión de los temas psiquiátricos y la carencia de enseñanza oficial de psiquiatría en España, le impulsó a dictar diferentes cursos y conferencias, estimulado la mayoría de las veces por amigos como Lafora, Marañón o Germain. Aparte de las conferencias, ya citadas, impartidas en las reuniones y asambleas de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y la Liga de Higiene Mental cabe citar las siguientes:

3.5.1. Cursos organizados por Lafora

Una vez que Lafora se hace cargo del Departamento de Psiquiatría del Hospital Provincial, ante la ausencia de estudios oficiales de psiquiatría, organiza una serie de cursos en los años 1934, 35 y 36, en los que participaron las principales figuras de la psiquiatría madrileña; entre ellos estaban Sacristán, Lafora, Prados, Garma, Valenciano, Escardó, Llopis, Molina, Pascual del Roncal, Bustamante, Salas, etc.

En 1935 organiza un Curso de psiquiatría clínica para médicos y legistas, que se celebra en la Clínica psiquiátrica del Dr. G. R. Lafora (Hospital Provincial), desde Febrero a Junio. Sacristán participa con seis lecciones dedicadas todas ellas a la psicosis maniaco depresiva: (Véase Apéndice núm. 22)

³¹⁷La Gaceta, 22 de septiembre de 1933.

³¹⁸La Gaceta, 27 de diciembre de 1933.

³¹⁹Comunicación personal de José Solís (29 de mayo de 1993).

- Conferencia 38: La afectividad y concepto actual de las psicosis afectivas.
- Conferencia 39: Psicosis maniaco-depresiva. Etiología y patogenia.
- Conferencia 40: Psicosis maniaco-depresiva. Sintomatología y formas clínicas típicas.
- Conferencia 41: Psicosis maniaco-depresiva. Formas atípicas y patogenia.
- Conferencia 42: Diagnóstico diferencial entre psicosis maniaco depresiva y esquizofrenia. Psicosis degenerativas.
- Conferencia 43: Los problemas médico-legales de la psicosis maniaco-depresiva.

Este curso se repite en 1936, los temas de las conferencias que corresponden a Sacristán son: (Véase Apéndice núm, 23)

- Conferencia 29: Psicosis maniaco-depresiva. Causas y síntomas.
- Conferencia 30: Formas clínicas de la psicosis maniaco-depresiva.
- Conferencia 31: Diagnóstico diferencial y tratamiento de la psicosis maniaco-depresiva.
- Conferencia 32: Problemas médico-legales de la psicosis maniaco-depresiva.

Del 5 de noviembre de 1934 hasta el 16 de enero de 1935, Lafora organiza un Curso elemental de psiquiatría para estudiantes, en el que no participa Sacristán. Del 16 de enero al 8 de mayo de 1935, organiza un Curso de psiquiatría (teórico-práctico para médicos y estudiantes), con 32 lecciones, en el que Sacristán participa con cuatro lecciones:

- Lección 7: Perturbaciones de la afectividad. Temperamento y carácter.
- Lección 14: Psicosis maniaco-depresiva.
- Lección 17: Diagnóstico diferencial entre psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia.
- Lección 31: La psiquiatría y las leyes civiles y penales. (Veáse Apéndice núm. 24).

Como puede observarse Sacristán elige, de forma casi monográfica, uno de sus temas predilectos y que más a fondo trató a lo largo de su vida profesional: la psicosis maniaco depresiva.

3.5.2. Otras conferencias

En la Facultad de Medicina de Madrid se celebró un curso de psiquiatría elemental, impartido por Lafora, Sacristán y Sanchís Banús. Sacristán participa con

dos temas, "Psicosis maniácodepresiva y ciclotimia" y "Psicosis delirantes. Parafrenias. Síndromes paranoides".³²⁰

En la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid, en 1930, se celebró un curso de perfeccionamiento, bajo la iniciativa de su presidente el Dr. Lafora. Las conferencias impartidas fueron reunidas en un libro publicado con el título de *Innovaciones recientes en Medicina*. Sacristán participó con un capítulo titulado "Progresos recientes en Psiquiatría".³²¹

En el Instituto Psicotécnico, dirigido por su amigo Germain, dicta Sacristán algunas conferencias. En abril de 1932, "Psicología y Psiquiatría",³²² contando entre el público con la presencia de Ortega y Gasset. Se lamentó Sacristán de la ausencia de estudios psicológicos en la formación médica, abordó la cuestión de la relación entre la anormalidad física y la anormalidad psíquica, y terminó su disertación haciendo un llamamiento a la juventud para que contribuya a la constitución de una ciencia psiquiátrica con elementos propios, con base de investigación.³²³ En febrero de 1933, "Nuevas tendencias sobre psicología criminal". En ella, Sacristán analizó el problema de la criminalidad, el criminal y la necesidad de estudiar el caso aislado por la biología, expuso la necesidad de trazar el psicobiograma de cada criminal para poder establecer un sistema científico de corrección del delincuente. Anunció la creación del Servicio de biología criminal en el Instituto de Estudios Penales.

En el aula del Dr. Marañón el 3 de marzo de 1934 celebra una conferencia titulada "Psicosis maniáco depresiva".³²⁴

3.6. LOS DISCÍPULOS DE SACRISTÁN

Sacristán se convierte, a partir de la segunda década del siglo XX, en uno de los escasos maestros madrileños junto a los cuales los jóvenes interesados en la psiquiatría pueden formarse. En Ciempozuelos dispone de un enorme volumen de enfermas que le permiten ejercer su magisterio. Por dicho manicomio pasan muchos jóvenes que son iniciados en psiquiatría por Sacristán.

³²⁰Archivos de Neurobiología, tomo 9, núm. 1.

³²¹Archivos de Neurobiología, tomo 11, p. 328.

³²²Sacristán (1932d).

³²³El Sol, 6 de abril de 1932.

³²⁴El Sol, 2 de marzo de 1934.

La ausencia de enseñanza oficial de psiquiatría lleva a los jóvenes interesados en este campo a la búsqueda de profesionales cualificados que les introdujeran en el mundo psiquiátrico. No había una exclusividad en la enseñanza y la mayoría de los futuros psiquiatras tenían diferentes maestros, simultaneando los escasos servicios psiquiátricos que había en Madrid en la segunda y tercera década del siglo XX. Sacristán, Lafora, Sanchís Banús, Fernández Sanz y Villaverde son algunos de los psiquiatras que ejercen en Madrid en esa época y tienen un prestigio consolidado. La formación se completaba en muchas ocasiones con estancias en países europeos, lo que producía una formación ecléctica sin ceñirse de forma estricta a una sola figura. Por ello resulta hiperbólico hablar de escuelas psiquiátricas.

El propio Sacristán evita la palabra escuela al hablar de los jóvenes que ha formado:

Sin pretender -ello sería más que pueril, ridículo- atribuirme el papel de creador de una escuela, sí debo hacer constar aquí que he tenido la fortuna de iniciar a algunos jóvenes en la especialidad y dirigir parte de sus trabajos. Esta labor me ha permitido recoger hoy el fruto de que la mayoría de ellos, por no decir todos, (...), integran la juventud psiquiátrica española de brillante porvenir. Entre ellos debo citar al Dr. Salas, colaborador mío desde el año 1926, el Dr. Garma, el Dr. Solís y el Dr. Pascual.³²⁵

También cita Sacristán entre sus discípulos a Molina Núñez, Bustamante, Peraíta y Llopis;³²⁶ recordemos que Bartolomé Llopis trabajaba en la Clínica Psiquiátrica del Hospital Provincial dirigida por Lafora y también era asistente al Manicomio de Mujeres de Ciempozuelos en 1933.³²⁷ Algunos discípulos de Lafora y Sanchís Banús, como Nieto y Escardó también acudían a Ciempozuelos.³²⁸ Otros, como Rodríguez Arias, se sienten discípulos de Sacristán y Lafora:

Me alojé (...) en la famosa, sobria y casi ascética Residencia de Estudiantes de la calle Pinar y, de la mano entre varios, de los titulares de los Laboratorios de la Institución, me hice discípulo de José M. Sacristán y Gonzalo R. Lafora. Nunca más, a partir

³²⁵ *Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán.

³²⁶ *Curriculum vitae* manuscrito de Sacristán. Sacristán al citar a Llopis añade una interrogación.

³²⁷ *Archivos de Neurobiología*, tomo 13, p. 1117.

³²⁸ Valenciano (1977), p. 81.

de entonces, dejé de colaborar con esos queridos maestros,
(...),³²⁹

Sobre el estilo que Sacristán transmitía a sus alumnos, puede leerse, en la contraportada del folleto de presentación de una Conferencia que da en Málaga en 1932:

No obstante su juventud, ha formado ya una verdadera escuela en cuyos discípulos inculca los principios de escrupulosidad y rigorismo científico que da entonación a toda su obra.

Sacristán era un hombre receptivo y flexible, abierto a las diferentes tendencias que surgían, pero tamizando todo ello con sus rigurosos principios científicos.

Las enseñanzas de Sacristán están marcadas por la concepción de la psiquiatría como una rama más de la medicina en la que cabe aplicar la metodología de investigación científica. Sacristán concedía gran importancia a los trabajos de investigación en ciencias básicas, bioquímica o fisiología aplicados al estudio de las enfermedades mentales. De los modestos laboratorios del manicomio de mujeres de Ciempozuelos salieron muchas publicaciones, realizadas por él mismo y por sus colaboradores, dedicadas a trabajos bioquímicos. Esta labor básica de investigación se veía completada por un riguroso trabajo clínico en el que se concedía gran importancia al estudio psicopatológico, acompañado de un amplio conocimiento teórico. Sobre ello, Sacristán dice:

Hoy, sin embargo, vivimos un renacer de la dirección propugnada por Kraepelin (...). Al expresarme así -téngase en cuenta- no pretendo en modo alguno hacer profesión de fe kraepeliniana. Siempre me han repugnado las rígidas ortodoxias de escuela, pero a lo largo de más de cuarenta años de actividad profesional me he convencido -(...)- que el estudio de la obra de los grandes maestros de la psiquiatría sigue siendo todavía un vivero de grandes enseñanzas.³³⁰

Sacristán permite que sus discípulos sigan diferentes caminos, pudiendo encontrar entre ellos una variada gama de posturas científicas, desde psicoanalistas a neurólogos, pero inculcando en todos ellos los principios básicos de rigor científico.

³²⁹Rodríguez Arias (1971), p. 177.

³³⁰Sacristán (1955a), p. 551.

No cabe encontrar otros parecidos entre el maestro y sus discípulos, pues, aparte de introducir en ellos la semilla del interés por la psiquiatría, ninguno continuó el camino estrictamente psiquiátrico, clínico, germánico y biologicista de Sacristán.

Sobre las enseñanzas de Sacristán, Vallejo dice:

... el doctor Sacristán vuelve a España y se encarga de la dirección del Manicomio de Señoras de Ciempozuelos, comenzando la formación de unos pocos y selectos discípulos, entre los que podemos incluirnos, pues recibimos de él muchas sugerencias que aprovechamos precisamente para lo más difícil científicamente: para desechar aquellos hechos clínicos o experimentales de dudosa autenticidad y comprobación.

La docencia de Sacristán rehuía la espectacularidad de la Cátedra, el numeroso auditorio de las conferencias. Prefería el grupo de seis u ocho alumnos, a lo que adoctrinaba en sencillas conversaciones sobre los problemas objeto de estudio. Sus trabajos los elabora muy lentamente, con una hipercrítica tan exagerada, que rasga muchos y prefiere enviarlos al cesto que a la imprenta.³³¹

En cuanto a sus principales discípulos, veamos brevemente a cada uno de ellos:

JOSE SALAS MARTINEZ (1905-1962)

Del "grupo de Ciempozuelos", es uno de los discípulos que más tiempo permanece con Sacristán. Nacido en Viana del Bollo (Orense), descendiente de asturianos, cursó sus estudios de Bachillerato en Valladolid y los de medicina en la universidad Central de Madrid.³³²

Comienza a acudir a Ciempozuelos en 1926 permaneciendo allí hasta el inicio de la guerra civil. Estaba encargado del laboratorio y también pasaba visita a las enfermas, como puede verse en las historias clínicas de esos años. Estimulado por Sacristán, Salas se dedicó al estudio del psicodiagnóstico de Rorschach, que culminó en un libro titulado *El Psicodiagnóstico de Rorschach*. Dicha obra, prologada por Sacristán, tenía prevista su publicación en 1936 (ya estaba entregado al editor), pero, por razones conocidas, no vio la luz hasta 1943, permitiendo dicha demora en la publicación que se introdujera un capítulo dedicado a la edad infantil. Recoge los resultados de 1843 casos, siendo el primer libro español sobre dicho test. Sacristán

³³¹Vallejo (1957).

³³²Alonso-Fernández (1997), p. 41.

finaliza el prólogo con el recuerdo de la colaboración entre ambos y no desaprovecha la ocasión para la crítica:

Para el que esto escribe, que durante muchos años tuvo a su lado al Dr. Salas como colaborador, y que juntos llevamos a cabo una larga y dilatada labor psiquiátrica, constituye un honor y al mismo tiempo gran satisfacción que estas líneas figuren en su libro, como expresión de una prolongada convivencia científica, que tan sólo causas independientes de nuestra voluntad, aunque no de la ajena, han podido trancar.³³³

Previamente a la edición del libro, Salas había publicado algunos trabajos sobre el mismo tema en la revista *Archivos de Neurobiología*.³³⁴ Anteriormente apenas había trabajos publicados por españoles sobre el psicodiagnóstico de Rorschach:³³⁵ un trabajo de E. Mira en 1925, otro de Juarros y Soriano en 1927, un libro de Ruiz Maya en 1931 y algún artículo de Linares Maza. Finalmente, en 1952, publicó otro artículo sobre la exploración de la personalidad en el método de Rorschach.³³⁶

En 1935 Salas edita, por medio de las hermanas de Ciempozuelos, un libro titulado *Manual de la enfermera general y psiquiátrica*, del que aún se conserva un ejemplar en el manicomio de Ciempozuelos.

Al igual que su maestro, Salas realizó diferentes investigaciones de laboratorio, publicando diversos artículos como: "Modernos problemas serológicos en Psiquiatría";³³⁷ en colaboración con Nájera y Fanjul: "Contribución al estudio de la reacción de Takata-Ara";³³⁸ con Fanjul: "Sobre la reacción de Boltz";³³⁹ con Sacristán publicó: "La relación de las proteínas del líquido cefalo-raquídeo en la epilepsia esencial, según el método de Kafka-Samson";³⁴⁰ en colaboración con Sacristán y Fanjul: "Über die diagnostische Bedeutung der Tuschreaktion des Liquor cerebrospinalis";³⁴¹ en colaboración con Solís: "Las modificaciones serológicas en la

³³³Sacristán (1944a).

³³⁴Salas (1932a), (1932b), (1933).

³³⁵Linares Maza (1932), p. 694.

³³⁶Salas (1952).

³³⁷Salas (1931).

³³⁸Salas, Nájera y Fanjul (1931).

³³⁹Fanjul y Salas (1932).

³⁴⁰Sacristán y Salas (1930).

³⁴¹Sacristán, Salas y Fanjul (1930)

parálisis general con la piroterapia"³⁴² y "La permeabilidad meníngea según el método de Walter".³⁴³ También publicó en 1936 un libro titulado *La sangre y el líquido cefalorraquídeo en neurología y psiquiatría*,³⁴⁴ cuyo prólogo fue realizado por Sacristán.

En Salas se encuentra la influencia de Sacristán, con una importante dedicación a la investigación fisiológica y bioquímica, sin olvidar el enfoque de los aspectos psicopatológicos del enfermo.

Tras la guerra, Salas se dedicó a la práctica privada en Gijón, falleciendo en 1962.

ANGEL GARMA (1904-1993)

Otro importante psiquiatra del "grupo de Ciempozuelos" fue Angel Garma, que acudió al manicomio dirigido por Sacristán como asistente voluntario desde 1926. Su dedicación fue plena al psicoanálisis, siendo el primer psicoanalista español que tuvo una formación en esta materia. Nació en Bilbao, estudió medicina en Madrid y al finalizar sus estudios, en 1927, marchó a Alemania, primero a Tübingen, donde estudió con Gaupp y luego a Berlín, donde continúa sus estudios psiquiátricos con Bonhoeffer y luego comienza su análisis personal con Theodor Reik en 1929.³⁴⁵

Desde su estancia en Alemania, Garma se sumerge en el mundo del psicoanálisis:

Estoy ya completamente metido en el psicoanálisis y no hay nada ya que me pueda salvar. No comprendo mi futuro más que haciendo psicoanálisis. En Enero empiezo análisis controlados bajo la dirección de otro sabio explorador del inconsciente reprimido. (...) ³⁴⁶

A su regreso a España se dedica a la práctica y difusión del psicoanálisis; en la revista *Archivos* ya pueden encontrarse numerosos trabajos de orientación psicodinámica desde 1930. Para Garma el estudio de la psiquiatría era completamente diferente al del psicoanálisis, la psiquiatría era una ciencia

³⁴²Salas y Solís (1933).

³⁴³Salas y Solís (1932).

³⁴⁴Monografías de *Archivos de Neurobiología*.

³⁴⁵Lázaro (1993).

³⁴⁶Carta de Angel Garma a Sacristán, de fecha 29 de noviembre de 1929. Inédita.

descriptiva mientras que el psicoanálisis era una psicología de la profundidad; ambas están en la misma relación que la anatomía y la histología.³⁴⁷ A pesar de la diferente orientación de Garma y Sacristán, siempre existió entre ambos una importante relación de amistad y respeto. Garma enviaba muchos de sus trabajos a Sacristán con diferentes dedicatorias "a su maestro y amigo" hasta poco antes de la muerte de éste. Con fecha de noviembre de 1956, tres meses antes de la muerte de Sacristán, Garma le envía una separata de su trabajo "Obesidad y dos tipos de alimentación", con una dedicatoria: "A J. M. Sacristán recordándole muy afectuosamente". Asimismo conservaba Sacristán muchos otros trabajos que le había enviado Angel Garma: "El método psicoanalítico de interpretación de los sueños", "Morfología y fisiología genital en sueños", "La realidad exterior y los instintos en la esquizofrenia", "Paranoia y homosexualidad", "Vicisitudes de la pantalla del sueño y del fenómeno de Isakower", "Algunos significados de la ornamentación y la génesis del arte plástico", "Aspectos psicosomáticos de la medicina", etc.

Garma se exilió en Argentina tras la guerra civil donde se constituyó en uno de los creadores de la escuela psicoanalítica argentina. Dejó una amplia obra escrita.

JOSE SOLÍS SUÁREZ (n. 1908)

Nació en Gijón en 1908, se alojó en Madrid en la Residencia de Estudiantes cuando fue a estudiar medicina. Cursando el último año de la carrera, 1931, obtiene la Beca del Marqués de Palomares por la que acude a un curso de Psiquiatría, en el manicomio de mujeres de Ciempozuelos, bajo la dirección de Sacristán. Continúa acudiendo, primero como alumno y luego como asistente voluntario hasta 1934. En esa época realiza algunos trabajos con Salas sobre la permeabilidad meníngea según el método de Walter y las modificaciones serológicas en la parálisis general por la piroterapia, con la clara influencia de Sacristán que tenía predilección por los trabajos de bioquímica aplicados al estudio de las enfermedades mentales. Durante los años 1932, 1933 y 1934 realiza su análisis didáctico con Angel Garma y en 1934 es pensionado por la Junta para Ampliación de Estudios a la Universidad de Viena donde trabaja en la Clínica psiquiátrica y realiza estudios de arquitectónica cerebral. En 1935 regresa a España y trabaja como psiquiatra en la Clínica de Conducta del Tribunal Tutelar de Menores de Madrid y en el Instituto Cajal. Tras la guerra trabaja en el Servicio de Neurocirugía con el profesor Vara López en Burgos y a partir de

³⁴⁷Garma (1930), pp. 10-1.

1941 se dedica al ejercicio de la psiquiatría privada en León, donde en 1965 es nombrado director del Sanatorio Psiquiátrico Santa Isabel.³⁴⁸

FEDERICO PASCUAL DEL RONCAL (1903-1958)

Es uno de los seis alumnos que realiza el curso de psiquiatría que, organizado por la Residencia, se realiza en Ciempozuelos bajo la dirección de Sacristán.³⁴⁹

Desde 1930 comienza a interesarse por el psicodiagnóstico de Rorschach junto a Salas y Sacristán,³⁵⁰ labor que culmina con la publicación en 1949 del libro titulado *Teoría y práctica del psicodiagnóstico de Rorschach*. En la introducción de dicha obra finaliza Pascual recordando a Sacristán y Salas: "Por último no quiero dejar pasar la ocasión de consignar de nuevo mi gratitud a mi maestro el Dr. Sacristán, ni mi cordial recuerdo a mi compañero y amigo el Dr. Salas, autoridades ambas del método".

Amplió estudios en Checoslovaquia, realizando diferentes cursos en La Salpêtrière, la Charité de Berlín, la Clínica Neurológica del profesor Olivekrona de Estocolmo, el manicomio de Bohnice, la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Helsinki y Neuroquirúrgica del profesor Punset, de Tallin (Estonia).³⁵¹

Tras la guerra civil se exilia en Méjico, donde llega a ser Catedrático de Psicoterapia e Higiene Mental y de Pruebas clínicas de Personalidad de la Universidad Nacional de Méjico, Jefe del Servicio Médico del Instituto Médico Pedagógico (Méjico), Psiquiatra del Departamento de Prevención Social (Méjico)³⁵² y colaborador de la *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía*.

LUIS FORTÚN Y ALCALÁ

En el "grupo de Ciempozuelos" puede ser incluido también el malogrado Luis Fortún, dedicado inicialmente a la investigación clínica, formado junto a Achúcarro (en el laboratorio de Cajal) y Monakow (en Suiza), donde estuvo becado por la Junta para Ampliación de Estudios en 1917-18.³⁵³ Ingresó en Ciempozuelos en 1919 donde

³⁴⁸Comunicación escrita de José Solís, de fecha 11 de julio de 1995.

³⁴⁹*Residencia*, tomo 3, núm. 6, p. 179.

³⁵⁰Pascual del Roncal (1949), p. 1.

³⁵¹Cascos Solís (1995), p.219.

³⁵²Cascos Solís (1995), pp: 219-26.

³⁵³Ribera Casado (1964), n°986, p. 28.

permaneció cerca de un año y medio dedicándose al estudio de la anatomía patológica de las psicosis. Tras enfermar partió a Suiza, abandonó la psiquiatría y volvió a España para trabajar junto a Marañón en el Hospital General.³⁵⁴ Murió prematuramente.

MANUEL PERAÍTA (1902-1951)

Interno de la Cátedra de Fisiología de Negrín, la única formación psiquiátrica la hizo con Sacristán. Pensionado por la Junta para Ampliación de Estudios, en 1935, en la Neurologische Abteilung des Wenzel-Hancke Krankenhauses y en el Neurologisches Forschungsinstitut de Breslau, dirigido por el Profesor O. Foerster y como Jefe de Sección H. Altenburger.³⁵⁵ Al regresar de la estancia en el extranjero trabajó en el departamento que Lafora dirigía en el Instituto Cajal.³⁵⁶ Colaboró con Grande Covián en el estudio de las secuelas neurológicas de la avitaminosis.³⁵⁷ Se dedicó con preferencia a la neurología, siendo un importante productor de artículo neurológicos en la posguerra.³⁵⁸ Tras la guerra civil trabajó en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Madrid, dirigida por López Ibor y a partir de 1943 dirigió el manicomio de Santa Isabel, de Leganés, falleciendo en 1951.

MOLINA NÚÑEZ, JERONIMO (1907-1974)

Nació en Blanca (Murcia) el 3 de febrero de 1907 y falleció en Madrid el 29 de octubre de 1974. Compañero de curso de Solís en la Residencia de Estudiantes, ³⁵⁹ se formó inicialmente junto a Sacristán, que marcó en él la influencia de la psiquiatría alemana. Se dedicó posteriormente al psicoanálisis, realizando su formación analítica con Angel Garma. También trabajó con Lafora en el Hospital Provincial en los años previos a la guerra civil.³⁶⁰ Durante la guerra civil militó como oficial médico en las tropas franquistas. En Molina Núñez se encuentra una posición conciliadora entre el psicoanálisis y la psiquiatría científica. En Buenos Aires, adonde había acudido para continuar su formación psicoanalítica junto a Garma, recibe

³⁵⁴Necrológica de Luis Fortún, escrita por Sacristán. Desconocido el lugar y fecha de publicación.

³⁵⁵*Archivos de Neurobiología*, tomo 15, p. 397.

³⁵⁶Comunicación escrita de José Solís, de fecha 11-7-1995.

³⁵⁷Germain y Solís (1982), p. 310.

³⁵⁸Jordá Moscardó (1986), p. 424.

³⁵⁹Comunicación escrita de José Solís, de fecha 11-7-1995.

³⁶⁰Molina Núñez (1949), p. 56.

enseñanzas en el Instituto de Psicoanálisis y en Laboratorio de anatomía patológica del Hospicio de las Mercedes:

Es sabido que el psiquiatra ortodoxo no considera «verdaderos psiquiatras» a los que proceden de una u otra de las escuelas mencionadas [el Instituto de Psicoanálisis y el Laboratorio de anatomía patológica]. Todas las páginas de este libro están guiadas por el espíritu contrario y la aspiración de imbuirlo en el ánimo de los lectores. De un campo y otro ha llegado a la psiquiatría lo que posee de positivo y útil.³⁶¹

Tuvo una amplia formación psiquiátrica y dentro del campo psicoanalítico nunca tuvo "la rigidez de los sectarios ortodoxos del psicoanálisis". Fue director de un manicomio en Guadalajara y nunca dejó de ser un psiquiatra clínico.³⁶²

Del afecto y admiración a su maestro pueden darse dos muestras: la primera cuando hablando de la ciclotimia sitúa a Sacristán entre los grandes de la psiquiatría: "Otros autores como Gaupp, Kretschmer, Hoffmann, Kahn y Sacristán establecen el concepto de psicosis mixtas";³⁶³ la segunda es la dedicatoria del ejemplar de su obra *Crítica psiquiátrica* que envía a Sacristán: "Al Dr. Sacristán la más digna representación de la psiquiatría española, con todo afecto".

Tras su estancia en Argentina, regresa a España y publica diferentes artículos en la revista *Archivos de Neurobiología*: "Psicoanálisis y psiquiatría",³⁶⁴ "Síndromes mentales psicógenos",³⁶⁵ "La psicoterapia breve en la clínica",³⁶⁶ "Nota sobre el miembro fantasma",³⁶⁷ "Las funciones de la generación a la luz de la ortodoxia psicoanalítica"³⁶⁸ y "Nociones sobre la angustia".³⁶⁹

En 1944 tradujo las *Conferencias psiquiátricas para médicos*, de Kurt Schneider, con prólogo de Sacristán.

³⁶¹Molina Núñez (1949), p. 11.

³⁶²Valenciano (1973), p. 11.

³⁶³Molina Núñez (1949), p. 33.

³⁶⁴Molina Núñez (1954).

³⁶⁵Molina Núñez (1955).

³⁶⁶Molina Núñez (1957).

³⁶⁷Molina Núñez (1959).

³⁶⁸Molina Núñez (1960).

³⁶⁹Molina Núñez (1962).

CAPÍTULO 4: EL ASPECTO HUMANO

4.1. LA PERSONALIDAD DE SACRISTÁN

Hablar sobre las características de una persona a la que no se ha conocido es algo temerario. Se pueden deducir algunos aspectos concretos y parciales tras el estudio de los hechos biográficos, pero si queremos permanecer alejados de la especulación nada mejor que analizar lo dicho por las personas que conocieron al Dr. Sacristán:

Por encima de su obra científica puede destacarse su personalidad. Llamaba la atención su elegancia natural, que alcanzaba no solo a su cuidada indumentaria, que le hacía parecer siempre recién salido de la sastrería, sino a su lenguaje y sus gestos; sus comentarios afilados, rápidos y certeros, servían, en muchas ocasiones, para sellar discusiones en las habituales tertulias filosófico literarias a las que Sacristán era tan aficionado. Gran conversador, unía a su inteligencia y cultura una gran sensibilidad que le hacía figura destacada en esas tertulias; emotivo y dotado de gran capacidad para el análisis, lejos de apasionamiento, su claro y ecuánime juicio era muy respetado.³⁷⁰ Su fina ironía, que se acercaba en ocasiones a la mordacidad, sin perder por ello su innato buen gusto, hacía su conversación deliciosa y cautivadora.³⁷¹

Excelente maestro en clínica psiquiátrica, nos presidió en las reuniones afable y severamente. Sus peroratas en familia, a puerta cerrada; sus delicadas, sutiles y elegantes observaciones, su diatriba tenaz, encantaban a los que le rodearon y estimaron. Muy caballero, muy puritano o implacable consigo mismo, un sí es o no es apático, remiso o tímido, fustigador duro del relumbrón, de la oratoria vacua o preponderante y de los valores a medias, no supo o no arribó a coronar la meta soñada.³⁷²

Además de ser un gran clínico tenía unas grandes dotes pedagógicas que quedaron de manifiesto en el curso que dictó en Caracas a lo largo de 1949. Era un

³⁷⁰Valenciano (1977), pp. 80-2; Vallejo (1957) y Lafora (1957).

³⁷¹Germain y Solís (1982), p. 303.

³⁷²Rodríguez Arias (1966), pp. 265-6.

escritor excelente y dejó huella de sus capacidades literarias en su colaboración en el *ABC*.³⁷³

Su elevado nivel de autoexigencia le dio fama de hipercrítico, lo que unido a su modestia y timidez supuso un freno a sus amplias posibilidades. Poco capaz para presentarse en público, inhábil para la intriga e inexperto para pedir, no reunía las cualidades personales necesarias para afrontar el sistema de provisión de plazas docentes y clínicas que obligaba a enfrentarse a jóvenes opositores, pues su temor al fracaso y su orgullo científico superaban la autovaloración de sus conocimientos y capacidades profesionales.³⁷⁴

En él se conjugaron la honestidad y la sabiduría, la humildad y el recato; su gesto duro encubría un corazón lleno de su quehacer específico, que no es la motórica, sino la cordialidad; su aire indolente ocultaba al afanoso conocedor de la Psiquiatría, a uno de los psiquiatras más preparados y más puros que he conocido; su aparente frialdad escondía al hombre tremendamente emocional, espiritualmente elegante que llevaba dentro.³⁷⁵

Muy educado y correcto, recibía a los enfermos con un cariño extraordinario, si necesitaba una hora de interrogatorio utilizaba una hora de interrogatorio.³⁷⁶

Era un gran lector, hábito que inculcó a sus hijos. Le gustaba mucho la literatura francesa que leía en su lengua original pues Sacristán dominaba el francés, el alemán y el inglés.³⁷⁷

Su timidez, la falta de confianza en sus posibilidades y su frágil autoestima supusieron un obstáculo a la hora de tomar decisiones. Estas peculiaridades de su persona contribuyeron, probablemente, a su decadencia en la posguerra.

Algunas anécdotas pueden ilustrar sobre el aspecto humano de Sacristán:

- Al estallar la guerra civil, José Solís tiene que irse al frente y habla con Sacristán (que hacía poco había publicado una necrológica sobre Gayarre por la que le había felicitado Marañón) y Sacristán le comenta, en tono humorístico: "No se preocupe usted que le haré una necrológica muy bonita".³⁷⁸

³⁷³López. Ibor (1957).

³⁷⁴Vallejo Nágera (1957).

³⁷⁵Alberca (1957), p. 347.

³⁷⁶Tomás Alberdi. Comunicación personal (24 de junio de 1995).

³⁷⁷Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

³⁷⁸Comunicación personal de José Solís (29 de mayo de 1993).

- En la posguerra, Valenciano, conocedor de la dedicación de Sacristán a traducciones y artículos periodísticos, le pregunta un día: "«Sacristán, ¿por qué lo hace usted?» Me contestó con su irónica rapidez: «Por unos cientos de pesetas»".³⁷⁹
- Sacristán acude a un mitin en el que participa Manuel Azaña; ante la gran cantidad de público, Azaña le dice a Sacristán: ¿No le emocionaría dirigirse a la multitud?. Todo lo contrario, contestó Sacristán,³⁸⁰ que temía a los grandes auditorios.
- La popularidad de Sacristán, antes de la guerra, le llevó a las páginas de los periódicos. Tras publicar su libro *Figura y Carácter*, en forma de cartel literario en tono humorístico, se hacía la siguiente descripción de Sacristán:³⁸¹

Caracteres exógenos

Un cuello planchado

Imagínese el lector un cuello muy bien planchado. (Pulcro, duro, brillante, bajo, anguloso, punzante.)

Una corbata rectilínea

En el vértice del triángulo, que es el cuello, una línea recta, la corbata.

Un pantalón sin rodilleras

Y, en consecuente geometría, las aristas bifurcadas de los cilindros-pantalones, partiendo de la trayectoria donde muere la corbata.

Un peinado al rulo

Y, recubriendo (como un tejadillo de charol) toda esta lineamenta, un peinado comprimido, intachable, como la pista de un «ice-skating», como un campo de «tennis» nivelado por el rulo, como un asfalto pulido por el rodar de innumerables vehículos.

¡Ah! Y unas gafas intermitentes

¡Ah! Y unas gafas de bicicleta de carey, a ratos sí y a ratos no. Intermitentes.

Caracteres endógenos

Un cuello (no postizo) atorado

El cuello postizo ciñendo el no postizo.

El cuello blanco ciñendo un cuello rojo.

Un cuello sanguíneo, machuno, atorado.

Una sonrisa amable, acerada, socarrona

En mitad del rostro, de elegantes mofletes afeitados; y sobre el atoramiento del cuello no postizo; y sobre la pulcritud del otro almidón; y bajo el peinado brillante de rulo y peine: una sonrisa. Una sonrisa socarrona. (No se confía de nadie. Trata a los locos).

³⁷⁹Valenciano (1977), p. 82.

³⁸⁰Comunicación personal de José Solís (21 de diciembre de 1994).

³⁸¹*El Sol*, 19 de marzo de 1927.

Acerada. (No tiene piedad de nadie. Trata a los literatos.) Y amable. (No regatea amabilidad a nadie. Trata a las damas.)

Una leve cargazón de hombros

La sonrisa amable, acerada y socarrona, sostiene una leve cargazón de hombros. Y esa cargazón de hombros sostiene esto: muchas horas de estudio en la juventud. Un diccionario alemán. Trabajos largos y cotidianos de clínica. Amistades peligrosas con el arte.

Suma

Esos caracteres exógenos + estos caracteres endógenos = ¿al doctor Sacristán?...

Faltan dos datos

Igual, no. Parecido. Faltaban dos datos esenciales: 1) Un sillón en la «Revista de Occidente» todas las tardes, y 2) que todo el mundo le llama José María. (...).³⁸²

(...)El doctor Sacristán, como español, como castellano, como hombre que interpreta a Kretschmer en Burguillos de Toledo, (...), es un hombre serio, que cree en la Caracterología y practica a conciencia la medicina.

(...) Perteneciente al grupo férvido y puro que preside Ortega y Gasset - la generación que fue a Alemania-, el doctor Sacristán tiene todas las apariencias de la seriedad y del entusiasmo científico. No. Sacristán, a quien recuerda, es a un insigne antepasado nuestro. Ya metido en estas mismas faenas de interpretar para los españoles lo que allende Europa discutían los sabios de entonces sobre la Figura y el Carácter del Hombre. El doctor Sacristán, a quien recuerda, es nada menos que al doctor Juan Huarte de San Juan. (...).

4.2. LOS INTELLECTUALES Y ARTISTAS

Sacristán, poseedor de una vasta cultura, siempre mantuvo contacto con intelectuales y artistas. Ameno y buen conversador, gustaba de las discusiones amistosas de las tertulias. Entre los intelectuales destaca la amistad que mantuvo con Ortega y Gasset, iniciada por medio de Achúcarro en 1912, y que les llevó a compartir la cabecera de la revista *Archivos de Neurobiología*. Sacristán colaboró en la *Revista de Occidente*, fundada por Ortega, con cuatro artículos, una reseña sobre Freud, y traducciones del inglés.³⁸³ La amistad continuó en los salones de la tertulia de la *Revista de Occidente*, en la Gran Vía, adonde Sacristán acudía diariamente. "Era una tertulia selecta, de gran nivel intelectual, a la que no podía incorporarse cualquiera".³⁸⁴ Allí departía con Blas Cabrera, Gómez de la Serna, Gerardo Diego,

³⁸²En efecto, también en la literatura actual es frecuente que las (escasas) referencias a Sacristán le llamen José María en vez de José Miguel.

³⁸³López Campillo (1972), p. 257.

³⁸⁴Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

Zubiri, Fernando Vela, a veces Pío Baroja y Unamuno. (Véase Apéndice núm. 25).

Ortega Spottorno recuerda la amistad entre Sacristán y su padre;³⁸⁵

Ortega tenía muchos amigos médicos con los que se relacionaba frecuentemente: el doctor Sacristán, que fue gran amigo de Cajal, solía acompañarle en las excursiones en automóvil por los pueblos de la provincia de Madrid.³⁸⁶

Otra tertulia a la que Sacristán acudía era la del restaurante Lhardy. Hacia 1926 "nos reuníamos con frecuencia los doctores Pablo Sala, Zamorano, Vital-Aza, Francisco Luque, Manuel Izquierdo, José Pardo, Antonio Moya, sin que faltara un solo día el ilustre psiquiatra doctor Sacristán, que como gran y ameno conversador, llevaba siempre la batuta de la tertulia".³⁸⁷ También acudían Julio Camba, al que conoció en Munich, el escultor Juan Cristóbal, el diestro Domingo Ortega, el matrimonio Berdegué. Esta era una tertulia de ambiente más distendido. A esta tertulia siguió acudiendo tras la guerra civil.

También mantuvo buena amistad con Gregorio Marañón, que le acogió tras terminar en la Universidad, y mantuvieron largo tiempo su contacto. Marañón le estimuló a volver a España tras la guerra,³⁸⁸ le invitó a participar en el manual que preparaba y le animó a preparar un *Manual de Psiquiatría*:

Tu colaboración puede ser, con todo, de las que más influencia tengan. Me parece bien el resumen que piensas poner sobre los nuevos puntos de vista psiquiátricos. (...) Dado este primer paso te será fácil publicar un Manual de psiquiatría especial (...) que tienes el deber de hacer.³⁸⁹

Finalmente Sacristán, quizás por su elevada autoexigencia, no llegó a participar en el manual de Marañón, a pesar de los ruegos de éste para que terminara su parte del trabajo y la entregara. Marañón le envió diferentes cartas en las que le felicita por artículos publicados, como la necrológica de Fortún, o el de Biología Criminal; también le envía diferentes pacientes:

³⁸⁵Ortega Spottorno. Entrevista. *Tribuna Médica*, núm. 989, p. 28. (6 mayo 1983).

³⁸⁶Véase Apéndice núm. 26. Una fotografía de Ortega y Sacristán en una de las excursiones citadas.

³⁸⁷Jiménez Quesada (1972), p. 116.

³⁸⁸Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

³⁸⁹Carta de Marañón a Sacristán de 31 de agosto de 1920.

El Dr., muy amigo mío y persona, como verás, muy culta e inteligente padece un estado neurósico que creo que el mismo ha interpretado certeramente. Yo le he tratado, sin éxito, algunas manifestaciones vegetativas que padece; pero, sin duda, se trata de un caso susceptible de un tratamiento psicológico. Nadie mejor que tú para llevarlo a cabo.³⁹⁰

Una muestra de la relevancia que tenía la figura de Sacristán en su época de esplendor es su aparición entre los firmantes del "Manifiesto de los escritores castellanos al Directorio en defensa de la lengua catalana", publicado en marzo de 1924 y dirigido a Primo de Rivera. Su nombre aparece junto a los de Menéndez Pidal, Concha Espina, Ortega y Gasset, Gómez de la Serna, Sánchez Albornoz, Manuel Azaña, García Lorca y muchos otros.³⁹¹

También conoció a Juan Ramón Jiménez, vecino suyo de la calle Padilla, que acudía en ocasiones a la casa de Sacristán: "Iba por casa y se quedaba algunas veces a dormir en el despacho de mi padre";³⁹² a Millán Astray, que acudía a la tertulia de Lhardy; a Valle Inclán, que le decía: "Sacristán, usted que es psiquiatra por qué no hace un estudio sobre el sexo de los ángeles",³⁹³ Menéndez Pidal, Unamuno, Negrín, el pintor Zuloaga, el escultor Juan Cristóbal y otros amigos de tertulias.

Hagamos una breve recapitulación:

Próximos al estallido de la contienda nacional tenemos a Sacristán, con cuarenta y ocho años, en el punto más alto de su carrera, con experiencia en el campo de la histología, histopatología, fisiología, bioquímica, psicopatología y clínica psiquiátrica, con un sólido prestigio como psiquiatra, director de dos establecimientos para enfermos mentales, con más de 60 trabajos publicados en revistas nacionales y extranjeras, promotor e inspirador de los progresos asistenciales conseguidos, profesor del Instituto de Estudios Penales, sólido aspirante a la Cátedra de Psiquiatría de Madrid, considerado por el mundo intelectual, artístico y político como una de las figuras psiquiátricas españolas más destacadas. En palabras de José Solís "el psiquiatra más importante del primer tercio de siglo español".³⁹⁴

³⁹⁰Correspondencia de Marañón a Sacristán. Once cartas y notas, muchas sin fecha. Inéditas.

³⁹¹ABC, 13 de marzo de 1994.

³⁹²Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

³⁹³Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

³⁹⁴Comunicación personal (29 de mayo de 1993).

CAPÍTULO 5: LA GUERRA CIVIL (1936-1939). LA RUPTURA BIOGRÁFICA

5.1. LA ACTITUD DE SACRISTÁN ANTE LA GUERRA CIVIL

El inicio de la guerra civil produce una escisión de España a todos los niveles. En el campo psiquiátrico se produce una adscripción de los profesionales a uno y otro bando, en unos casos por motivos ideológicos y posiciones políticas personales, y en otros por circunstancias meramente situacionales.³⁹⁵ Con la dificultad que conlleva conocer las intenciones y motivaciones profundas que acontecen en un ser humano en situaciones tan delicadas como una guerra civil en la que el individuo se ve impelido a elegir entre dos bandos de compatriotas, se puede hacer una aproximación a las circunstancias que concurrieron en Sacristán.

Sacristán se encuentra en Madrid, zona republicana, cuando se inicia la guerra civil. Había tenido una activa participación en la renovación psiquiátrica que se había llevado a cabo desde la llegada de la II República, había ocupado diversos cargos en la administración en este tiempo, cargos siempre puramente técnicos y en relación con la asistencia psiquiátrica. Por otra parte era un psiquiatra conocido en el Madrid de entonces, que mantenía relaciones amistosas con algunos intelectuales afines a la República, siendo amigo de Negrín, desde los tiempos del Laboratorio de Fisiología que éste dirigía. También era conocida su amistad con Ortega y Gasset, Marañón y, en menor escala, con el propio Azaña.

Sin embargo, Sacristán nunca militó en partido político alguno. Aquellos que le conocieron se refieren a su ideología política de diferente forma. Unos dicen que no era de derechas ni de izquierdas,³⁹⁶ otros piensan que "era un hombre teórico de izquierdas en esencia, en realidad yo creo que era un hombre de derechas pleno, digan lo que digan".³⁹⁷ También se le ha definido como liberal de izquierdas.³⁹⁸ "Nunca militó en ningún partido, la política le horrorizaba, era de tendencia liberal".³⁹⁹ "Él quería orden, justicia, libertad y que le dejaran en paz".⁴⁰⁰

³⁹⁵Carreras Panchón (1986), p. 2.

³⁹⁶Comunicación personal de Francisco Vega Díaz (8 de julio de 1994).

³⁹⁷Comunicación personal de Tomás Alberdi (24 de junio de 1994).

³⁹⁸Carreras Panchón (1986), p. 2.

³⁹⁹Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

En un informe policial de la posguerra se conceptúa a Sacristán como persona de:

Ideología izquierdista, votó a la candidatura del Frente Popular. Era del grupo de los intelectuales al servicio de la República. Fue trasladado por cuenta del Gobierno rojo a las poblaciones de Valencia y Barcelona. No se le conocen actividades de otro género. No estuvo detenido, socialmente de izquierdas, no es católico.⁴⁰¹

Los diferentes testimonios coinciden en su postura liberal y progresista pero sin adscripción ni simpatía por un partido político concreto; podríamos hablar de él como liberal y poco interesado por la política. Su colaboración con la República se debía a que las autoridades sanitarias republicanas fueron las primeras capaces de llevar a cabo la ansiada reforma de la asistencia psiquiátrica, que era el tema en el que realmente estaba interesado Sacristán.

El hecho cierto es que Sacristán está en zona republicana cuando comienza la contienda y permanece con el Gobierno republicano hasta el fin de la guerra, a pesar de que tenía en su mano haberse cambiado de bando, pues por su amistad con Negrín podía conseguir fácilmente un salvoconducto para ir a Francia y volver a entrar por zona nacional, como le aconsejó Tomás Alberdi.⁴⁰² La realidad es que no lo llevó a cabo, quizá por ideales, quizá por miedo, sólo él sabía los motivos que le impulsaron a seguir en la zona republicana. Se pueden hacer especulaciones sobre sus motivos o añadir otros factores, como la situación de incertidumbre por encontrarse sus hijos en edad militar, pero son solo especulaciones de las que procuramos mantenernos alejados.

Su actividad en la guerra civil se reduce a la tarea asistencial, sin desarrollar actividades políticas, sin significarse ni implicarse en la defensa del bando republicano más allá de desarrollar su trabajo como psiquiatra, de forma similar a su amigo Lafora. La excepción en su tarea psiquiátrica fue la firma del llamamiento a los intelectuales y contra los bombardeos, lo que ocurrió sin conocimiento de Sacristán, como se verá a continuación.

⁴⁰⁰Comunicación personal de Antonio Sacristán (12 de junio de 1995).

⁴⁰¹Informe e Historial con fecha 9 de octubre de 1943, que se encuentra en el Expediente de responsabilidades políticas de Sacristán. Archivo General de la Administración, Sección de Justicia. Signatura 30520.

⁴⁰²Comunicación personal de Tomás Alberdi (24 de junio de 1994). Le aconsejó que saliera por Perpignan y entrara por Fuenterrabía.

Podemos distinguir tres etapas, geográficas, en la vida de Sacristán durante la guerra civil: Madrid, Valencia y Barcelona.

5.2. MADRID

Al estallar la guerra civil Sacristán se encuentra en Madrid y, como muchos españoles, piensa que la situación se puede resolver en poco tiempo. Continuó acudiendo con normalidad a su trabajo en el manicomio de Ciempozuelos y al Sanatorio de Nuestra Señora de los Ángeles.

En agosto de 1936 Dionisio Nieto es nombrado Delegado técnico interino de la Dirección General de Sanidad al frente de los establecimientos psiquiátricos de varones y de mujeres de Ciempozuelos.⁴⁰³ Un mes después, Sacristán dejó de acudir al manicomio de mujeres de Ciempozuelos ante el peligro que suponía la proximidad de las tropas nacionales, lo que hacía poco aconsejable el viaje, dejando como responsables del manicomio a los doctores Salas y Alberdi. Desde julio a septiembre del 36, Sacristán seguía con interés los acontecimientos bélicos, interesándose por la situación de sus colaboradores, pues temía por la suerte que podían correr Alberdi y Martínez López, por su ideología conservadora, estando Ciempozuelos en manos republicanas.⁴⁰⁴

Sacristán, al igual que muchos intelectuales, sentía cierto malestar por la evolución de los acontecimientos bajo la República y sintonizaba con el "Esto no es" de Ortega. Sacristán se manifestó en contra del desorden y la violencia que se había ido generando en la nación. El asesinato de Calvo Sotelo le produjo gran indignación llegando, por ello, a manifestarse en privado contra el Gobierno del Frente Popular.⁴⁰⁵

La guerra civil supone para Sacristán, como para tantos españoles, la frustración de un proyecto. Su carácter tímido y pacífico, sensible y en cierto modo temeroso, no era el más apropiado para enfrentarse a la caótica situación de una guerra. A ello se añade la inseguridad familiar, la posterior incorporación de dos de sus hijos al frente y el abandono del trabajo y del hogar. Estos factores inician el quebranto de su frágil moral.

⁴⁰³ *La Gaceta*, 8 de agosto de 1936.

⁴⁰⁴ Comunicación personal de Tomás Alberdi (24 de junio de 1994).

⁴⁰⁵ Declaración del Dr. Ercilla Ortega en el Expediente de depuración del Dr. Sacristán. Archivo General de la Administración. Sección de Justicia. Signatura 30520.

El empeoramiento de la situación militar y la situación de violencia e inseguridad que se vivía en el propio Madrid, comienzan a hacer mella en Sacristán, que empieza a tener una visión más pesimista. A ello se añade el incidente con unos milicianos armados que acuden a su casa a buscarle. Sacristán fue denunciado, no se sabe bien por quién, y acudieron unos milicianos a su casa en la calle Martínez Campos preguntando por D. José María Sacristán; éste contestó que debía tratarse de un error, pues él se llamaba José Miguel. Tras un intercambio de opiniones, Sacristán logró convencerlos para que se fueran sin tener que acompañarles. El frecuente error de llamar a Sacristán José María en vez de José Miguel le irritaba bastante.⁴⁰⁶ El repetido error, en esta ocasión, le salvó quizás de una mala experiencia.

Otra circunstancia que le impulsó a abandonar Madrid fue el incendio de la casa que tenía la familia de su esposa en Burguillos, en la provincia de Toledo, por parte de "elementos rojos del pueblo de Burguillos".⁴⁰⁷ Dicha casa era utilizada con frecuencia por Sacristán para retirarse a escribir; en observaciones allí realizadas basó su artículo titulado "Masculinización de plumaje y de los espolones (ginandrorfismo) en una gallina"; allí escribió también el libro *Figura y carácter*. Estos incidentes, junto a la puesta en marcha de la evacuación de intelectuales bajo los auspicios del Quinto Regimiento, terminaron por impulsarle a emprender la marcha a Valencia.

Cuando decide abandonar Madrid ocurre un hecho que posteriormente tendrá importancia: deja a Escardó al frente del Sanatorio de Nuestra Señora de los Ángeles.

Sacristán sale de Madrid en la primera evacuación de intelectuales, organizada por el Quinto Regimiento. La expedición partió el 23 de noviembre de 1936;⁴⁰⁸ en el mismo grupo, junto a Sacristán y su familia, viajaban: Antonio Machado, Duperier, Enrique Moles, Ortega y Gasset, Antonio Madinaveitia, Sánchez Covisa, Moreno Villa, Del Río Hortega y Prados, con sus familias.⁴⁰⁹ La avería de uno de los autobuses obligó a hacer noche en un pueblo. Sacristán contaba una anécdota trágica de esa noche, que exponía el descontrol y la violencia de la situación en el bando republicano: al llegar a la casa en que iban a pernoctar, Sacristán pregunta a

⁴⁰⁶Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁴⁰⁷Declaraciones de Sacristán en el Expediente de responsabilidades políticas que se le abrió tras la guerra. Archivo General de la Administración. Sección de Justicia. Signatura 30520.

⁴⁰⁸Cfr. Valenciano (1977), p. 138.

⁴⁰⁹ABC, 25 de noviembre de 1936.

los milicianos que allí estaban acerca de quién era la casa; éstos responden: de la marquesa. Sacristán pregunta: ¿y qué es de ella?, y le responden: "la matemos" [sic].⁴¹⁰

Llegan a Valencia el 24 de noviembre al anochecer.⁴¹¹

5.3. VALENCIA

Una vez en Valencia, Sacristán se instala en la Casa de la Cultura, sita en la calle La Paz. Allí se encontraban numerosos intelectuales, científicos y artistas, que habían viajado desde Madrid: Solana, Arteta, Pérez Casas, Victorio Macho, Juan de la Encina, Navarro Tomás, etc. Posteriormente se incorporó Lafora que estaba en Villajoyosa.

Durante este período se publica una serie de documentos entre cuyos firmantes aparece el nombre de Sacristán. En diciembre de 1936 aparece el "Llamamiento a los intelectuales del mundo de los hombres de ciencia, escritores y artistas de la Casa de la Cultura de Valencia", documento a cuyo pie aparecen los nombres de diferentes intelectuales, artistas y científicos como Sacristán, Enrique Moles, Duperier, Madinaveitia, Del Río Hortega, Prados, Pascual del Roncal, Antonio Machado, Moreno Villa, Sánchez Covisa, Victorio Macho y otros.⁴¹²

En febrero de 1937 se publica otro comunicado⁴¹³ titulado "A la conciencia del mundo" en el que se denuncia la persecución aérea y artillera sobre los no combatientes y sobre ciudades alejadas de la guerra, como Valencia y Barcelona. Entre los firmantes, muchos de los cuales son los mismos del anterior llamamiento, aparecen Sacristán y Lafora.⁴¹⁴

Hay un tercer documento que es el "Manifiesto de los intelectuales españoles" en el que se reitera la adhesión al Gobierno de la República, con más de un centenar

⁴¹⁰Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁴¹¹ABC, 25 de noviembre de 1936.

⁴¹²Archivo de la Junta para Ampliación de Estudios. Residencia de Estudiantes. Caja 154, Expediente 30.

⁴¹³En *La Correspondencia de Valencia*, 23 de febrero de 1937.

⁴¹⁴Archivo de la Junta para Ampliación de Estudios. Residencia de Estudiantes. Caja 154, Expediente 30.

de firmas, entre las que aparece Sacristán, publicado en diversos periódicos.⁴¹⁵ La aparición de la firma de Sacristán en este llamamiento produjo un fuerte enfado en éste, por no haber sido consultado sobre su consentimiento a aparecer en tal escrito; por dicho tema tuvo un enfrentamiento con Tomás Navarro Tomás.⁴¹⁶

Sacristán no permanece inactivo y junto a Lafora, Prados y Pascual del Roncal pretende organizar un curso sobre anormalidades psíquicas de la infancia y su tratamiento médico-pedagógico, que ocasiona inicialmente un problema con los médicos del servicio escolar por cuestión de competencias sobre tal materia, que posteriormente se resuelve.⁴¹⁷ A este curso es al que debe referirse Lafora en una carta a Valenciano: "Estoy terminando aquí un curso de psicología del niño y del púber (...)".⁴¹⁸

La Casa de la Cultura se cierra el 17 de julio de 1937⁴¹⁹ y Sacristán se traslada a una vivienda que estaba en la Gran Vía del Turia, donde le dejaron unas habitaciones. Un mes después, en agosto, se constituye un Patronato rector de la Casa de la Cultura:

Habiendo cesado las circunstancias que aconsejaron crear en la Casa de la Cultura una residencia para los escritores, artistas e investigadores evacuados de Madrid en Noviembre de 1936, se ha juzgado oportuno transformar la Casa de la Cultura, haciendo de ella un hogar de trabajo cultural, que sea al mismo tiempo un organismo que sirva de ayuda y coordinación a los esfuerzos aislados de los intelectuales momentáneamente apartados de sus actividades normales.

En vista de todo ello, se constituye un Patronato rector de la Casa de la Cultura, que gozará de la más amplia autonomía y recibirá de este Ministerio las subvenciones y apoyo necesario para el mejor desenvolvimiento de su actuación.⁴²⁰

Este Patronato estaba constituido por un Consejo consultivo, presidido por Antonio Machado, en el que figuraba Sacristán, y una Comisión Ejecutiva.

⁴¹⁵Periódico *La noche*, 28 de febrero de 1937, p. 2; periódico *Información* (Barcelona) 28 de febrero de 1937, pp: 7 y 10

⁴¹⁶Comunicación personal de Antonio Sacristán, 12 de junio de 1995.

⁴¹⁷Cartas sin firma, fechadas el 10 y 11 de Febrero de 1937, dirigidas a Tomás Navarro Tomás, Casa de la Cultura. Archivo de la J.A.E. Residencia de Estudiantes. Caja 154. Expediente 30.

⁴¹⁸Valenciano (1977), p. 137.

⁴¹⁹Valenciano (1977), p. 139.

⁴²⁰Escrito del Ministerio de Instrucción Pública, fechado en Valencia el 10 de agosto de 1937. Archivo de la J.A.E., Residencia de Estudiantes. Caja 154. Expediente 30. Se reproduce completo en Apéndice núm. 27.

El 24 de enero de 1937 Sacristán sustituye a Germain como Jefe de la sección de Psiquiatría e Higiene mental de la Dirección General de Sanidad.⁴²¹ En una carta dirigida a Valenciano, del 9 de febrero, Lafora dice:

La ministro de Sanidad (Federica Montseny), según me dice Sacristán, que ha sustituido a Germain en la sección de higiene mental de la Dirección General de Sanidad, quiere reorganizar el Consejo Superior Psiquiátrico. (...).⁴²²

Sacristán acude cada día al Ministerio de Sanidad. Sobre ello hay una anécdota en la que Federica Montseny comentaba que siempre que iba por la tarde a la sede del Ministerio, en Valencia, se encontraba a un señor trabajando y estudiando, y preguntó por ese señor, que no era otro que Sacristán.⁴²³

Como Jefe Interino de la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental, Sacristán realiza un informe sobre la inspección del Manicomio Provincial de Valencia el 19 de Junio de 1937. Dicho informe nos da una idea de las penosas circunstancias en que se realizaba la asistencia a los enfermos mentales y de la actitud de Sacristán. Hace una severa crítica de la atención prestada en el manicomio, abarcando aspectos que van desde la desproporción entre el número de enfermos y de médicos hasta el análisis del gasto por enfermo, pasando por las relaciones entre el administrador y los médicos, las fugas, la falta de higiene, la alimentación, las deficiencias en las historias clínicas, etc.⁴²⁴

Sacristán continúa anteponiendo siempre la asistencia al enfermo mental a cualquier otra circunstancia; la guerra no es motivo para modificar la atención de los enfermos. Por encima de las ideologías y de la defensa a ultranza de la República está la defensa del enfermo mental y no duda en denunciar la situación real de su asistencia.

En septiembre del 37, Sacristán comenzó a trabajar en el Hospital Militar de Godella, que se encontraba a pocos kilómetros al Norte de Valencia. A Lafora le habían encargado la organización de un hospital de neurología en Godella, en el que

⁴²¹*Gaceta de la República*, Valencia, 24 de enero de 1937, p. 489.

⁴²²Valenciano, (1977), p. 136.

⁴²³Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁴²⁴Documento mecanografiado inédito, cedido por J. M. Sacristán (hijo). Por su interés lo reproducimos completo en el Apéndice núm. 28.

trabajaron el cirujano González Aguilar, el norteamericano Etersson y Sacristán para las neurosis de guerra.⁴²⁵

Sacristán publicó tres artículos referidos a la asistencia psiquiátrica en la guerra. El primero apareció en febrero de 1937⁴²⁶ y firma como Director del Manicomio de Ciempozuelos. El siguiente lo publicó en mayo de 1937⁴²⁷ y ya aparecía como Jefe de Sección de Higiene Mental del Ministerio de Sanidad. El último apareció en marzo de 1938⁴²⁸ firmado como Jefe de la Clínica de Neurosis de Guerra núm. 4.

Su objetividad se pone de manifiesto en estos tres trabajos publicados en plena guerra civil, en los que habla de problemas psiquiátricos en la guerra sin hacer ninguna referencia particular ni diferencial del conflicto español.

Sacristán sufrió terriblemente ante la responsabilidad de enviar a jóvenes al frente.⁴²⁹ No compartía el estricto criterio que mantenía Emilio Mira en el bando republicano con respecto a los simuladores y neuróticos de guerra. Antepuso la realización de una asistencia psiquiátrica de forma adecuada a la necesidad de enviar soldados al frente. Dice textualmente:

... constituye una grave falta tratar explícita o implícitamente al neurótico de guerra, sin más como simulante. Todos los psicoterapeutas de guerra, unánimemente, coinciden en ello, puesto que la simulación pura es una rareza.⁴³⁰

Al tratar la obra de Sacristán analizaremos con detalle sus ideas sobre la psiquiatría en la guerra.

Hay que tener en cuenta que la asistencia psiquiátrica en el bando republicano se había organizado de forma espontánea por los especialistas de cada zona, hasta abril de 1938 en que Emilio Mira es nombrado Jefe de los Servicios Psiquiátricos y de Higiene Mental del Ejército Republicano.⁴³¹

⁴²⁵Valenciano (1977), p. 137. Carta de Lafora a Valenciano.

⁴²⁶Sacristán (1937b).

⁴²⁷Sacristán (1937c).

⁴²⁸Sacristán (1938).

⁴²⁹Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁴³⁰Sacristán (1938), p. 73.

⁴³¹Iruela (1987), p. 115.

Sacristán, poco ocupado en el tema político, sigue siempre cercano al mundo de la universidad y la investigación, aún en momentos ciertamente difíciles. En junio de 1938 se produce una propuesta de la Universidad Literaria de Valencia:

...la Junta de Facultad a propuesta de este Decanato, ha acordado por unanimidad solicitar del Excmo. Sr. Ministro de instrucción pública el nombramiento interino de Profesor Agregado a la Facultad de Medicina de Valencia, a favor del Dr. D. José Sacristán y Gutiérrez, con el fin de que realice en el instituto Anatómico de este Centro, los trabajos de Neurobiología y Arquitectónica nerviosa que le encomienda la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas. Ruego a V.S.I. que, si le estima acertada, se sirva trasladar esta petición a la Superioridad. (Véase Apéndice núm. 29).

Una vez más Sacristán pretende continuar sus interrumpidos trabajos de laboratorio. La propuesta no llegó a buen puerto pues los acontecimientos bélicos se iban complicando cada vez más y Sacristán marcha a Barcelona.⁴³²

Sacristán permanece en Valencia desde noviembre de 1936 hasta el verano del treinta y ocho. Allí desarrolla su actividad asistencial, trabaja como psiquiatra en la Clínica de Neurosis de Guerra en Godella y ocupa el cargo de Jefe Interino de la Sección de Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad.

5.4. BARCELONA Y EL EXILIO

Sacristán marcha a Barcelona, por vía aérea, en el verano de 1938.⁴³³ Permaneció en Barcelona hasta el 22 de enero de 1939, en que se exilió a Francia. En Barcelona se alojó en unas viviendas que había en la Sageta. Por las mañanas trabajaba en el Dispensario de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad.⁴³⁴

Su situación moral ha ido empeorando, pasa momentos familiares realmente duros; su hijo Antonio, poco después de incorporarse a las filas republicanas, había sido hecho prisionero en la Sierra de Espadán, en Castellón, incorporándose posteriormente al Cuartel del General Borbón en Sevilla, por mediación de éste, que

⁴³²En el expediente personal de Sacristán solo aparece la solicitud del Decanato, no existiendo respuesta del Ministerio de Instrucción Pública, por lo que podría deducirse que no llegó a realizarse el nombramiento de profesor. Archivo General de la Administración, Sección de Educación, Caja 1047.

⁴³³Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁴³⁴Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

era amigo de la familia. Sin embargo Sacristán tardó en tener noticias de ello, por lo que llegó a enfadarse con Negrín por la falta de información sobre su hijo que constaba como desaparecido. El segundo hijo de Sacristán, Emilio, acabó en un campo de concentración en Francia, lugar del que pudo sacarle contando con la ayuda de Marañón, reuniéndose ambos en Toulouse al final de la guerra.⁴³⁵

La baja moral y el pesimismo le habían invadido desde hacía ya algún tiempo, como expone Vallejo Nágera:

... como el declarante [Vallejo] fue Jefe de Sanidad al ocuparse por las tropas nacionales la ciudad de Barcelona se hizo cargo de numerosa correspondencia de los intelectuales de Valencia dirigida a un señor Puche, que era Director General de Sanidad de los rojos, y en esa correspondencia (entregada por el declarante al Excmo. Sr. Ministro de Educación Nacional) se hacían reiteradas alusiones al derrotismo que para los rojos tenía el Sr. Sacristán.⁴³⁶

En enero de 1939 la situación anímica del bando republicano está marcada por la tristeza, la desesperanza y la decepción. Los reveses bélicos sufridos han ido agotando las ilusiones y el éxodo ya ha comenzado. Los nacionales entran en Barcelona el 26 de enero, pero unos días antes, hacia el 22, Sacristán abandona Barcelona camino de Francia, acompañado de su esposa y su hijo José Miguel. Viajan en varias ambulancias de Sanidad Militar en las que también van otros intelectuales como Enrique Rioja, Juan Roura, Joaquín Xirau, Corpus Barga, Navarro Tomás y Royo Gómez. La expedición está organizada por el doctor Puche, Director General de Sanidad. El 25 o 26 de enero se encuentran en Cerviá de Ter, un pequeño pueblo de la provincia de Gerona. Poco antes se había sumado a la comitiva Antonio Machado con algunos familiares. (Véase Apéndice núm. 30). La noche del 27 al 28 el doctor Joaquín Trias trae la noticia de la necesidad ineludible de cruzar la frontera. Traía las autorizaciones del Gobierno republicano para la comitiva. La tarde del día 28 llegan las ambulancias de Sanidad Militar y se dirigen hacia una masía catalana llamada Mas Faixat, en la que pernoctan. Al amanecer del día 29 se ponen en marcha hacia Port Bou, adonde llegan la tarde del mismo día. Hay una situación tensa, confusa y llena de nerviosismo. Las ambulancias dejan a la comitiva a unos

⁴³⁵Comunicación personal de Antonio Sacristán, 12 de junio de 1995.

⁴³⁶Declaración de Vallejo Nágera en el Expediente de responsabilidades políticas de Sacristán. Archivo General de la Administración, Sección de Justicia, Signatura 30520.

700-800 metros de la frontera, que deciden cruzar de noche para evitar a las gentes que, impacientes, esperaban pasar a Francia.⁴³⁷

En el grupo mío [Rioja] iban delante Navarro Tomás, que llevaba con garbo y prestancia sus años, que empezaban a pesar, y Ricardo Vinón, deseosos de alcanzar, como así lo hicieron, un tren que les condujo hasta donde estaban los suyos. Joaquín Xirau y Royo Gómez venían después, y en retaguardia íbamos el doctor Sacristán y su esposa, y yo con la mía. Las dotes nulas de Sacristán y mi esposa fueron la causa de que llegáramos los últimos a Cerbère.

Con don Pedro Carrasco, su esposa y su hijo buscamos cobijo en un cuchitril que conseguimos en una taberna las familias de Royo Gómez, Sacristán y la mía.⁴³⁸

Los escasos metros hasta la frontera son un tormento para Sacristán, gran fumador, que padecía una claudicación intermitente.

A los pocos días de permanencia en Cerbère, marcha a Toulouse. Allí se alojaron en un modesto hotel, el Hotel du Progrés, en el nº10 de la rue Rivals, en una habitación en la que dormía el matrimonio y el hijo José Miguel, y, posteriormente, el hijo Emilio, cuando salió del campo de concentración en el que se hallaba.⁴³⁹

Sacristán intenta establecer contactos con sus amigos. Escribe a Ortega y a Marañón. Ortega le advierte del peligro de volver a España: si lo hace tenga cuidado porque "pulula la canalla". Marañón, en cambio, le aconseja volver. Sacristán duda si marchar al exilio (piensa en Méjico o Canadá), pero la situación militar de sus hijos, que tendrían que quedar en España, le decide finalmente a emprender el regreso.⁴⁴⁰ Antonio Sacristán lo recuerda: "Él quería reunirse con su familia, aquí había perdido todo, se hubiera ido si todos hubiéramos ido, pero yo no podía ir por cuestiones militares".⁴⁴¹

Una vez que decide volver a España, inicia una serie de gestiones para conocer los trámites necesarios para ello. Se puso en contacto con las autoridades nacionales residentes en Francia (cuyo representante era el señor Quiñones de León), que le aconsejaron enviar una solicitud de entrada en España al Subsecretario de Orden

⁴³⁷Jerez Gallego (1972), pp. 29-31, Rioja (1973), pp. 115-20.

⁴³⁸Rioja (1973), p. 119.

⁴³⁹Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁴⁴⁰Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁴⁴¹Comunicación personal de Antonio Sacristán (12 de junio de 1995).

Público del Gobierno Nacional en Burgos. Estos documentos los remitió a España a través del Sr. Quiñones de León. Sacristán también estableció contacto con un amigo de la familia de su esposa: el General Francisco de Borbón, Duque de Sevilla y Jefe de la 11ª División del Ejército Nacional, para que le ayudara en los trámites de regreso a España. Una vez que se constituye el Consulado de España en Toulouse, obtiene un pasaporte válido para su entrada en España (el pasaporte número ocho emitido por el Consulado). Un proceso gripal le impide utilizar ese pasaporte de forma inmediata, y en ese intervalo de tiempo se anulan las disposiciones que permiten a los consulados emitir pasaportes. Posteriormente, el 23 de mayo, obtiene el definitivo pasaporte para su regreso a España y al día siguiente, 24 de mayo de 1939, se produce la entrada de Sacristán y su esposa por el paso fronterizo de Irún.⁴⁴²

Está preocupado por la situación familiar y económica, además su estado de salud no es bueno. El motivo principal de su regreso es familiar. Piensa, equivocadamente, que no iba a tener excesivos problemas a su llegada a Madrid, pues cuenta con la protección del General Borbón.

Con su regreso a España, Sacristán no sabe aún que está iniciando el camino hacia un largo exilio interior.

⁴⁴²Declaración de Sacristán, el 9 de julio de 1943, en el Expediente de responsabilidades políticas. Archivo General de la Administración, Sección de Justicia, Signatura 30520.

CAPÍTULO 6: LA POSGUERRA. EL OSTRACISMO (1939-1957)

6.1. LA POSTERGACIÓN

La guerra civil dejó a Sacristán mortalmente herido en su espíritu. Las penalidades de la guerra, el quebrantamiento de su salud física, la ruptura de su carrera profesional y la diáspora de muchos de sus compañeros y amigos le conducen a una situación de tristeza, abatimiento y pesimismo.

El análisis de los acontecimientos y circunstancias vividas por Sacristán tras su regreso a España nos permitirán comprender su evolución personal y profesional a partir de 1939.

Hay un cierto paralelismo trágico con sus dos grandes maestros nacionales, en cuanto a la prematura retirada de la vida científica; uno fallecido tempranamente, Achúcarro, y otro, Gayarre, retirado voluntariamente, por el desplome moral tras la muerte de su hijo.

Una vez que Sacristán cruzó la frontera por Irún, el 24 de mayo de 1939, se trasladó a San Sebastián y desde allí a Ávila con un salvoconducto expedido en la Comandancia Militar de Irún. En Ávila quedó instalado en casa de su hermana Angela, donde permaneció hasta el 21 de septiembre de 1939.⁴⁴³

Sacristán conserva aún la esperanza de ser repuesto en sus cargos como Director de Ciempozuelos y del Sanatorio de Nuestra Señora de los Ángeles.

Es significativa, acerca de su estado de ánimo la carta que le envía un primo suyo, Rafael Gutiérrez, en la que dice:

Tu carta me ha puesto triste al encontrarte tan deprimido, pero me doy cuenta de que todavía no has vivido bastantes días de tranquilidad y reposo rodeado de todos los tuyos y sobre todo, después del drama que hemos vivido. ¿Que te sientes viejo? ¿Que has perdido todos tus bienes y te encuentras como cuando saliste de la Universidad? y ¿Qué? Si tienes un nombre respetado y consolidado en tu especialidad en España. Ya verás que cuando se te pase esa crisis de tristeza tienes tu porvenir abierto.⁴⁴⁴

⁴⁴³Declaración de Sacristán en el expediente de responsabilidades políticas. Archivo General de la Administración, Sección de Justicia, Signatura 30520.

⁴⁴⁴Carta fechada en Bilbao el 10 de Junio de 1939 (inédita).

El primer golpe para Sacristán es conocer que su casa en Martínez Campos ha sido incautada. Esta circunstancia le obliga a prolongar su estancia en Ávila hasta que logra recuperar su vivienda, gracias a la influencia del General Borbón, Duque de Sevilla. Al regresar a Madrid, en septiembre del 39, todavía tiene que esperar algunas semanas para instalarse en su vivienda de la calle Martínez Campos, semanas que pasa en casa de su cuñado, Elías Hernández de Tejada, en la calle San Agustín, cerca del Congreso de los Diputados.⁴⁴⁵

Ya desde Ávila, comienza a interesarse por la posibilidad de ser repuesto en sus cargos de Ciempozuelos y Nuestra Señora de los Ángeles. Los siguientes golpes vendrán como consecuencia de ello. Sacristán percibe que ya no se cuenta con él. Mantiene un contacto postal con Leopoldo Eijo, Obispo de Madrid Alcalá, del que hemos podido encontrar solo una parte.

Hay una carta que Sacristán dirige al Obispo de Madrid Alcalá, con fecha 14 de junio del 39, desde Ávila, cuyo contenido desconocemos, a la que responde con una escueta y dura carta Don Leopoldo Eijo, en la que muestra un claro rechazo hacia Sacristán:

Recibí su carta del 14 del corriente mes de Junio pidiéndome intervenga con las Religiosas Hospitalarias de Ciempozuelos, para que sea Vd. repuesto en su cargo de Director del Manicomio de aquella localidad. Mucho siento tener que negarme a su petición; pero conocida, por voz pública, la actuación de Vd. durante el período de la dominación roja, no puedo en modo alguno intervenir.⁴⁴⁶

En su respuesta de 29 de junio, Sacristán expresa su sorpresa, se defiende de las acusaciones por su actuación en la guerra y finalmente rechaza volver a su puesto en Ciempozuelos:

... me permito afirmar y mi afirmación puede ser demostrada en todo momento, que jamás he hecho política ni pertenecido a ningún partido ni secta política y que mi actuación durante la dominación roja no ha sido otra que la de evitar que mi familia -mi mujer y mis hijos- fueran víctimas de innumerables peligros y perecieran de hambre. Claro es, no hay que olvidarlo, sin que jamás quedara maltrecha o en entredicho mi dignidad de

⁴⁴⁵Comunicación personal de Emilio y J.M. Sacristán. Declaración del Dr. Sacristán en el Expediente de responsabilidades políticas. Archivo General de la Administración, Sección de Justicia, Signatura 30520.

⁴⁴⁶Carta de Leopoldo Eijo a Sacristán, fechada en Madrid el 26 de junio de 1939. Inédita.

hombre honrado. Si hubiera querido, a estas fechas, estaría en los Estados Unidos o en cualquiera estado de la América del Sur ocupando un buen puesto en cualquier Establecimiento Científico de primera categoría, pero he preferido reintegrarme a mi Patria para en ella, si Dios lo permite, trabajar en su porvenir aún en las condiciones más modestas.

Si me tomé la libertad de dirigirme a V.I. fue, exclusivamente, con la finalidad -y por ello ruego a S.I. nuevamente me disculpe- de obtener algún informe acerca del silencio de las Hermanas de Ciempozuelos, (...), sin pretender ni un solo instante valerme de S.I. para ser repuesto en un cargo, que hoy, dado el estado de mi salud no podría desempeñar con el celo de mis años juveniles.⁴⁴⁷

Es el segundo golpe para Sacristán y la primera humillación que tiene que sufrir. El delicado equilibrio en que se encuentra no le permite enfrentarse abiertamente a estas situaciones y tiene que soportar el rechazo sin más defensa que la retirada y adoptar una cierta actitud adulatoria para con los que mandan en ese momento.

Desde Ávila, Sacristán escribe a la Madre General de la Comunidad de Ciempozuelos, mostrando su nulo interés por recuperar su cargo de director, que un amigo, del que no se ha establecido su identidad, solicitó a la Madre General:

Recientemente me he enterado de que un buen amigo mío ha dado impulsado por su buen corazón un paso cerca de Vd. sin haber contado previamente con mi asentimiento. Por este motivo me veo obligado a participarla que jamás ha estado en mi ánimo intentar volver a ocuparme en el cargo que, sin pena ni gloria, desempeñé en el Manicomio desde Marzo de 1919. Mi quebrantada salud no me permite comprometerme a reanudar una tarea para la cual se necesitan las energías de la juventud. Por ello nunca pensé ni entré en los planes de reconstrucción de mi vida tal idea. No dudo, que dado el número de psiquiatras jóvenes de sólida preparación existentes en nuestro país no le habrá sido difícil encontrar un excelente sustituto a mi modestísima persona, el cual podrá, evidentemente, elevar el prestigio científico del establecimiento en muy poco tiempo a una altura, que yo, a pesar de mi innegable buena voluntad, no me fue dado lograr en tantos años. No sé, Rev. Madre, cual será mi porvenir -hoy bien oscuro e incierto- ni que derroteros tomará mi vida; pero estoy seguro que Dios no nos abandonará ahora después de haberse dignado durante estos años de dolores y amargas dispensarnos su protección.⁴⁴⁸

⁴⁴⁷Carta de Sacristán a Leopoldo Eijo, fechada en Ávila el 29 de junio de 1939. Inédita.

⁴⁴⁸Carta de Sacristán a la Madre General de la Comunidad de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, fechada en Ávila el 11 de agosto de 1939. Inédita.

Sacristán, al saberse rechazado, renuncia a la posibilidad de volver a su antiguo puesto e intenta maquillar de alguna forma el claro desprecio sufrido, que un hombre de su trayectoria y categoría profesional, dotado de un fino espíritu sensible, no podía soportar.

A este rechazo le siguió una de las principales decepciones que sufrió tras la guerra. Recordemos que al abandonar Madrid, Sacristán había dejado como encargado del Sanatorio de Nuestra Señora de los Ángeles a Enrique Escardó. Cuando pretende recuperar su cargo como director de este Sanatorio se encuentra con la negativa de Escardó, lo que motivó una profunda decepción en Sacristán. "Fue lo que peor le sentó, le dolió mucho, se encontró traicionado".⁴⁴⁹

En el polo opuesto habría que destacar el escrito que realizaron Tomás Alberdi y Juan Martínez López, compañeros de Ciempozuelos, en defensa de Sacristán, en el que dicen:

Esponáneamente declaran cual ha sido para con ellos el comportamiento del doctor don J.M. Sacristán y Gutiérrez durante los días del dominio rojo que con nosotros convivió. Se procedió por el gobierno rojo a la incautación de los manicomios sitios en esta población de Ciempozuelos en los primeros días del glorioso Movimiento Nacional para cuyo efecto nombró un director común a dichos establecimientos encargado de las direcciones facultativas y administrativas. Cuantas veces planteó dicha Administración nuestra cesantía con los peligros que ella para nosotros representaba el Dr. Sacristán defendió nuestros puestos y nos consta que en una de estas ocasiones y tras violenta discusión no pudiendo defender de otra forma nuestra causa la hizo común a la suya, manifestando que nuestra expulsión llevaría consigo la suya.

El hermano de uno de nosotros empleado antiguo de este Sanatorio de mujeres pudo evadirse de este pueblo cuando más crítica era su situación gracias al coche que para efectuarla nos facilitó muy de madrugada dicho señor. El mismo vehículo utilizábamos nosotros en cuantas ocasiones precisábamos y él pudo proporcionárnoslo. También gracias a él sacamos de ésta nuestros ahorros con los que pudimos socorrer la penosa situación económica de nuestros familiares. Siempre censuró ante nosotros los desmanes de las hordas rojas y las conversaciones íntimas que con él tuvimos se nos manifestó como simpatizante del glorioso Movimiento Nacional siendo por él por quien conocimos los movimientos y avances de las tropas

⁴⁴⁹Comunicación personal de Tomás Alberdi, corroborada por Francisco Vega Díaz y por J.M. Sacristán (hijo).

mencionadas. En general y para no hacer muy extenso este escrito resumimos que su conducta para nosotros en momentos tan difíciles fue la de un compañero leal, caballeroso y cariñoso, él hizo siempre cuanto pudo para evitarnos cualquier molestia. Y para que lo haga constar donde tenga por conveniente firmamos la presente en Ciempozuelos a 21-1-40.⁴⁵⁰

Las puertas se van cerrando, el estado anímico de Sacristán va empeorando, a sus 52 años no se encuentra con fuerzas para comenzar de nuevo, su salud no es buena⁴⁵¹ y la situación económica es caótica, dependiendo de ayudas de terceros. Sacristán se da cuenta de que no es aceptado y que no le dejan sitio en el mundo psiquiátrico nacional. "Él comprende que no es bien recibido y no puede aceptar esa cuestión".⁴⁵² Ante su incapacidad para medrar, adopta una actitud de recogimiento, soledad e incomunicación. El retiro forzoso comienza a hacerse voluntario.

Además Sacristán se encuentra solo en Madrid. La mayoría de sus amigos y compañeros estaban en el exilio: Marañón, Ortega y Gasset, Lafora, Prados Such, Pascual del Roncal, Garma, Negrín y muchos más.

Los problemas se van a ir sucediendo. En mayo de 1940 se le abre un Expediente de responsabilidades políticas, a raíz de la denuncia de un vecino. En dicha denuncia, con fecha 20 de mayo de 1940 se le acusa de:

Que el citado médico era conocido antes del Movimiento Nacional por sus ideas y filiación declaradamente izquierdistas y sus estrechas relaciones con elementos destacados izquierdistas y marxistas como Azaña y Negrín.

Que el día del asesinato de Calvo Sotelo fueron a buscarle a su casa en automóvil Negrín y Margarita Nelken saliendo de casa con ellos conversando animadamente.

Que al iniciarse el Movimiento Nacional el Dr. Sacristán se encontraba en Madrid con su familia viéndoseles perfectamente situados dentro del ambiente rojo de la capital. No ocultaban sus francas simpatías por los rojos y como detalle merece citarse que sus hijos, muchachos de quince a veinte años, cantaban con entusiasmo el «no pasarán» lo que veían perfectamente los vecinos. El servicio de su casa estaba constituido, desde mucho antes de la guerra, por tres criadas francamente comunistas.

⁴⁵⁰Manuscrito de J.M. Sacristán (hijo), copiado por él personalmente del original que no conocemos.

⁴⁵¹Hay diversas alusiones a problemas de salud en Sacristán y en su esposa, en varias cartas que envían las monjas de Ciempozuelos a Sacristán, problemas que no hemos podido precisar.

⁴⁵²Comunicación personal de Tomás Alberdi (24 de junio de 1994).

Que al aproximarse a Madrid las fuerzas nacionales el Dr. Sacristán se trasladó con su familia a Valencia o Barcelona para cuyo viaje tuvo toda clase de facilidades.

Que su piso quedó al cuidado de una mujer que formaba parte de su servicio, madre de dos milicianos voluntarios rojos exaltados, cuyo paradero ahora se desconoce. El citado piso permaneció intacto durante el dominio rojo; no hubo en él ni siquiera refugiados cuando en la casa los había en muchos pisos habiendo sido otros total o parcialmente saqueados. El piso estaba, al parecer, garantizado por la autoridad roja y, además, celosamente guardado por el entonces portero de la casa, llamado Pío García Lafuente preso desde hace tiempo y procesado por el Juzgado Militar Permanente Plaza nº20 (Expediente núm. ...).

Que al derrumbarse la zona roja, el Dr. Sacristán marchó a Francia donde permaneció varios meses, hasta que consiguió que alguien le avalase regresando a Madrid aproximadamente en Octubre de 1939.

Que al liberarse Madrid su piso fue requisado por la autoridad militar (Cuerpo de Ejército de Madrid) por tratarse su casa de un elemento considerado como rojo. Sin embargo consiguió que la requisa del piso le fuera levantada instalándose de nuevo en su piso.

Que su firma aparece en el Manifiesto de los intelectuales de adhesión al Gobierno rojo, aparecido, según tiene entendido el que suscribe, hacia el mes de Febrero de 1937.

Que existen posibilidades de que el Dr. Sacristán pueda ser masón.

Que el que suscribe desconoce la actuación del referido médico en Valencia o Barcelona desde que se ausentó de Madrid hasta la terminación de la guerra pero no puede ser difícil conocerla mediante la oportuna información una vez determinada con exactitud la localidad donde residió.

Que podrían ampliar los datos que aporta el que suscribe las siguientes personas:

Domingo Larrarte; Jefe de Casa (de F.E.I.), inquilino antiguo (piso 1º izquierda) que permaneció en Madrid durante toda la dominación roja, siendo perseguido.

El portero de la casa núm. 15 de la calle Martínez Campos, persona completamente adicta a la Causa Nacional; propuesto para la medalla de porteros.

Enrique Goded; Ingeniero de Puertos; hermano del ilustrísimo General Goded, fusilado por los rojos en Barcelona; actualmente destinado en San Sebastián. Era inquilino de la misma casa y estuvo en Madrid durante parte de la dominación roja.

También podría obtenerse más información en el Colegio Oficial de Médicos y especialmente entre médicos alienistas entre quienes ha de ser muy conocido.

El que suscribe estima que aunque el Dr. Sacristán no hubiera llegado a cometer ningún acto que revistiera forma

concreta y determinada de delito, pueden alcanzarle, sin embargo, responsabilidades de orden político, teniendo en cuenta los antecedentes y hechos que se exponen en este escrito así como los que pudieran llegarse a conocer después de efectuadas las oportunas averiguaciones, tanto más teniendo en cuenta que el Dr. Sacristán pertenece al grupo de intelectuales y hombres de ciencia, notoriamente izquierdistas, marxistas y francamente rojos a quienes la responsabilidad alcanza en cuanto ha acontecido en España.

Que sería muy interesante comprobar quien ha podido avalar al Dr. Sacristán para regresar a España. El que lo haya hecho no ha podido ser sorprendido en su buena fe porque la personalidad del médico de que se trata es demasiado conocida para que sus antecedentes hayan sido desconocidos a la persona que le prestó su aval.⁴⁵³

Esta denuncia fechada en 1940 lleva a Sacristán a declarar en el Juzgado pasados tres años en julio de 1943.

En este intervalo aparece otro nuevo conflicto para Sacristán: la apertura de un expediente de depuración por parte del Colegio de Médicos de Madrid, que con fecha 26 de julio de 1940, le envía el siguiente pliego de cargos:

- 1º.-Haber suscrito el manifiesto "Los intelectuales de España por la Victoria total del pueblo" que se transcribió en la Hoja Oficial del Lunes de Barcelona fecha 28 de Febrero de 1938.
- 2º.-Haber sido Jefe Interino de la Sección de Higiene mental y Vocal del Consejo Superior de Psiquiatría.
- 3º.-Haberse salido de la zona roja a Francia en diciembre de 1938 no habiéndose pasado a la zona liberada.

El acoso y la adversidad se van acentuando. Sacristán se ve obligado a gastar sus escasas fuerzas en defenderse de estas acusaciones con un escrito en el que no puede saberse a ciencia cierta que elementos son creados o exagerados para su defensa y que circunstancias pueden ser ciertas. En su contestación al pliego de cargos del Sr. Juez Instructor Médico expone, con respecto a la primera acusación, lo siguiente:⁴⁵⁴

Ante este primer cargo puedo asegurar y mi afirmación encierra la verdad absoluta, que mi MODESTÍSIMO NOMBRE FUE PUESTO AL PIE DEL CITADO MANIFIESTO SIN MI

⁴⁵³ Archivo General de la Administración. Sección de Justicia, Signatura 30520.

⁴⁵⁴ Se copia literalmente; no se añade en el apéndice por su mala calidad para la reproducción.

CONSENTIMIENTO Y SIN QUE ME FUERA FORMULADA DEMANDA ALGUNA VERBAL O ESCRITA,⁴⁵⁵ hallándome en aquel entonces en la ciudad de Valencia. Los autores del citado se aprovecharon no solo de mi ausencia de Barcelona, sino del ambiente de terror, que como es bien notorio, mantuvieron los rojos durante su actuación y merced al cual todos los derechos individuales, aún los más elementales, no eran respetados ni tenidos en consideración. No obstante, el estado de inferioridad que tal ambiente determinaba en toda persona de orden elevé enérgica protesta escrita al Sr. D. Tomás Navarro Tomás solicitando pública rectificación. No recibí contestación y menos logré se atendiera mi pretensión a la que tenía absoluto derecho. Consecuencia de esta protesta, evidentemente, fue el nombramiento que sin solicitud de mi parte, se me transmitió a Valencia, de Director del Manicomio de Castellón (Burriana) y al que renuncié, como puede probar el Dr. Don Antonio Vallejo Nágera, el cual posee prueba tangible de mi aserto y al cual puede dirigirse el Sr. Juez Instructor, si así lo estima por conveniente. En suma, mi nombre fue usurpado y utilizado sin mi consentimiento y sin haberme sido hecha demanda alguna, constituyendo un atropello incalificable, nada insólito en los modos usuales de los rojos y de sus secuaces. Más tarde, sin embargo, en otro manifiesto, exclusivamente suscrito por médicos, mi nombre no aparece, porque al ser requerido para ello, me negué rotundamente y mi negativa fue, por fortuna, tenida en consideración.⁴⁵⁶

En cuanto al segundo cargo, haber sido Jefe Interino de la Sección de Higiene Mental y Vocal del Consejo Superior Psiquiátrico, contesta:

... Acepté el nombramiento después de reiteradas negativas y ante presiones de toda índole, las cuales encerraban claras y terminantes amenazas. Además, y en la situación de espíritu en que por aquel entonces me encontraba, pesaron a favor de mi decisión dos factores esenciales: de una parte mi pavorosa situación económica, la cual me exigía con apremio allegar algún ingreso indispensable para atender a mi familia: mi mujer y mis tres hijos, deber sacrosanto y que en modo alguno podía eludir; y de otra, suponer que desde el citado puesto quizás pudiera ser útil a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, propietarias de los establecimientos psiquiátricos Sanatorio de Ntra. Sra. de los Ángeles (Madrid, calle del Pinar) y Manicomio de Mujeres de Ciempozuelos, de los cuales era director desde 1914 y 1919, respectivamente. En la medida de las menguadas posibilidades de influencia que el tal cargo me otorgaba me fue dado, y de ello es testigo el Dr.

⁴⁵⁵Las mayúsculas son de Sacristán.

⁴⁵⁶Contestación al pliego de cargos del expediente de depuración del Colegio de médicos de Madrid. Inédito.

Dn. Enrique Escardó, mi actual sucesor en el Sanatorio de los Ángeles, que el citado establecimiento no sufriera modificación y las Religiosas que en él prestaban sus servicios no fueran molestadas y permanecieran en él hasta el final de la guerra. Durante mi actuación en el citado cargo -actuación carente de toda autoridad ejecutiva y siempre considerada por los superiores con gran recelo- nadie puede acusarme de haber causado daño alguno a tercero ni de haber prestado a los rojos colaboración activa y entusiasta. Antes por el contrario, la pasividad en mi actuación y la parcialidad evidente a favor de los establecimientos antedichos fueron causa, en diversas y repetidas ocasiones, de amonestaciones verbales y escritas y de ser tachado obstruccionista y dificultar la entrega de cuantos datos eran pedidos a la indicada sección, lo que, en efecto, era cierto. En la primera ocasión propicia fui dimisionado a petición propia, como ya indiqué en mi declaración jurada. En suma, la aceptación del citado cargo -cargo absolutamente secundario e inferior a mis méritos dentro de la psiquiatría española- fue consecuencia de dos motivos esenciales: mi situación económica y mi deseo de ser útil a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

Respecto del cargo de Vocal del Consejo Superior Psiquiátrico fui nombrado conjuntamente con otros compañeros de especialidad, entre los que se hallaban los Dres. Fernández Sanz y Juarros, el año 1931. Debo advertir que el citado organismo, meramente consultivo y sin capacidad ejecutiva alguna cesó en sus funciones técnicas el año 1934 y ya no volvió a reunirse ni una sola vez.⁴⁵⁷

Con respecto a la tercera acusación de haberse pasado a Francia en diciembre de 1938, Sacristán expone:

En los últimos días de Diciembre de 1938, salí efectivamente de España,⁴⁵⁸ como ya en mi declaración jurada quedó indicado y con la única finalidad de reintegrarme inmediatamente que ello fuera posible a la zona Nacional. A este fin en cuanto llegué a Francia y después de informarme de los trámites necesarios para pasar a España, me puse en relación con las autoridades nacionales residentes en Francia y por su consejo envió al Sr. Subsecretario de Orden Público del Gobierno Nacional en Burgos, una petición de entrada en España a la que acompañé una hoja triplicada, que me fue enviada desde París por el

⁴⁵⁷Contestación al pliego de cargos del expediente de depuración del Colegio de médicos de Madrid. Inédito.

⁴⁵⁸A pesar de esta declaración de Sacristán, seguimos sosteniendo que Sacristán salió de España en enero de 1939, como pone de manifiesto la foto en la que aparece junto a Antonio Machado obtenida en Cerviá de Ter (Gerona) y atestigua Rioja (1973) y F. Jerez Gallego, en la revista *Destino* en enero de 1972, que recuerdan a Sacristán en el viaje hacia Francia y lo refieren a finales de enero de 1939.

secretario del Sr. Quiñones de León, representante oficioso en
París del Gobierno Nacional. (...) ⁴⁵⁹

Continúa explicando detalladamente los pasos que dio para regresar a España
y los motivos burocráticos que retardaron su vuelta.

Las alegaciones de Sacristán no impidieron que el Juez Instructor del Colegio
de Médicos sancionara:

... al Doctor D. José Miguel Sacristán y Gutiérrez con la
privación del ejercicio de la profesión en la jurisdicción del
Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid durante
SEIS MESES e inhabilitación para ocupar cargos de confianza y
directivos, poniendo en conocimiento del Colegiado que en el
plazo de quince días a contar desde la fecha de la notificación,
puede recurrir contra este fallo ante el Consejo General de los
Colegios de Médicos (...). ⁴⁶⁰

Sacristán recibió bastante ayuda del, ya citado, General Borbón; con relación
al expediente del Colegio de Médicos hay una carta de su Presidente, José F. de la
Portilla, dirigida al General Borbón, en la que le comunica la finalización del
expediente y dice: "Muy grato me será que el aludido informe, basado en las
actuaciones del expediente que por este Colegio ha sido incoado al mencionado
Doctor, me permita comunicar a Vd. satisfactorias noticias". ⁴⁶¹

A la imposibilidad práctica de ejercer la psiquiatría debido al rechazo sufrido
por parte de la psiquiatría oficial madrileña, se añade la prohibición legal de ejercer
la medicina, que abarca el período de febrero a julio de 1941, lo que aumenta la
sensación de aislamiento y soledad de Sacristán y agrava aún más su situación
económica, que le obliga a realizar traducciones para obtener algunos ingresos.

También intentó trabajar en el Instituto Cajal, pero no fue aceptado. ⁴⁶² Dentro
de su resignación y desánimo, Sacristán se quejaría íntimamente de tal situación;
así, en notas manuscritas sobre un artículo de Marañón, ⁴⁶³ cuando éste escribe:
"Tengo ya mucha experiencia para poder asegurar que en España todo aquel que
quiera investigar con seriedad, con un mínimo de vocación y pensando en nuestras

⁴⁵⁹Contestación al pliego de cargos del expediente de depuración del Colegio de médicos de Madrid.
Inédito

⁴⁶⁰Sentencia del expediente de depuración del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, de fecha 28 de enero
de 1941. (Véase Apéndice núm. 31).

⁴⁶¹Carta de José de la Portilla al General Borbón de 9 de agosto de 1940. Inédita.

⁴⁶²Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁴⁶³Marañón (1952), pp. 111-6.

modalidades locales, encontrará cuanto necesite para su labor", Sacristán anota: "Si esto es así ¿porqué se cierran las puertas de los laboratorios a los que antes de la guerra trabajamos en ellos?".

A estos acontecimientos se añade la activación del expediente de responsabilidades políticas, asunto por el que Sacristán acude a declarar verbalmente ante el Juez el 6 de julio de 1943. En dicha declaración se ve obligado a sufrir la humillación de mentir e incluso negar la amistad con Negrín:

Que no tenía el declarante relación de ninguna clase con los señores Azaña y Negrín; que el día del asesinato de Calvo Sotelo fue a buscarle en un automóvil a su casa el Sr. Negrín, para ir al sanatorio del Dr. Pereira sito en la Ciudad Lineal para ver a un enfermo cuyo nombre no recuerdo en este momento; que no ha estado nunca el declarante afiliado a ningún partido político y que fue director del Manicomio de Ciempozuelos desde el año 1919 hasta Octubre próximamente del año 1936 en que marchó a Valencia con sus familiares, por ser perseguidos por los elementos rojos del pueblo de Burguillos, Toledo, por cuyos motivos sus cuñados tuvieron que meterse en una embajada y el declarante marcharse a Valencia, desde cuya ciudad se trasladó a Barcelona y desde ésta a Francia ocurriendo esto a finales de 1938 si mal no recuerda, haciendo gestiones para venir a la España Nacional gestione que fueron hechas por intermedio del General Don Francisco de Borbón habiéndole sido extendido pasaporte en la Ciudad de Tolus [sic] con los números 5 y 6 si mal no recuerda ingresando en España después de haber terminado la guerra por no haberle sido posible antes por no haberle sido entregados los pasaportes; que en su domicilio tuvo refugiada a una señora anciana que había sido niñera de la esposa del declarante la que quedó en el piso cuando se marcharon a Valencia; que el piso del declarante no llegó a ser requisado por las Autoridades Nacionales, (...).

(...); que el declarante no ha pertenecido nunca a la Masonería; y que durante el tiempo en que estuvo en Valencia y Barcelona se limitó únicamente a salvarse de la persecución de los elementos antes indicados y desde su ingreso en Francia trató de pasar a zona Nacional lo que no pudo hacer hasta la fecha antes indicada.

Que el único conocimiento que tenía con Negrín era porque éste era de la misma profesión que el declarante y todo el conocimiento era profesional únicamente (...).⁴⁶⁴

⁴⁶⁴Declaración de Sacristán ante el Juez de fecha 6 de julio de 1943. Expediente de Responsabilidades Políticas del Dr. Sacristán. Archivo General de la Administración, Sección de Justicia, Signatura 30520.

En el escrito de respuesta a los cargos que le fueron formulados, Sacristán expone sus pruebas de defensa en términos parecidos a lo ya apuntado. Hay que resaltar la parte final en la que Sacristán indica las personas que pueden verificar lo dicho:

Que el que suscribe considera necesario añadir que pueden informar acerca de su persona y confirmar la veracidad de cuanto en este escrito se hace constar los siguientes señores:

-Excm^o Sr. Dn. Francisco de Borbón, Duque de Sevilla, Jefe de la 11^a División.

-Don Antonio Vallejo Nágera, Teniente Coronel de Sanidad Militar, Profesor de la Facultad de Medicina, domiciliado en la calle de Alcalá Galiano, 8.

-Don Fernando Escardó Peinador, Fiscal del Aire, Teniente Coronel del Cuerpo Jurídico, domiciliado en Rafael Calvo, 40.

-Don Jesús Ercilla, Doctor en Medicina y director del periódico Pueblo, domiciliado en la calle de Amador de los Ríos, 8.

(Véase el escrito completo de Sacristán en el Apéndice núm. 32).

Entre las declaraciones de los testigos hay que resaltar la de Vallejo Nágera, que brinda un gran apoyo a Sacristán:

Que conoce a Don José Miguel Sacristán desde hace muchos años por ser compañero de profesión del declarante; que durante todo el tiempo que ha tratado al Sr. Sacristán nunca le ha oído manifestarse en sentido izquierdista, teniendo el declarante un concepto formado del Sr. Sacristán de que es una persona honorable y por tanto afecta al Glorioso Movimiento Nacional; que respecto a la actuación de dicho Señor cuando estalló el Glorioso Alzamiento nada puede manifestar porque el dicente se pasó a zona Nacional; pero como el declarante fue Jefe de Sanidad al ocuparse por las tropas Nacionales la ciudad de Barcelona se hizo cargo de numerosa correspondencia de los intelectuales de Valencia dirigida a un Señor Puche, que era Director General de Sanidad de los rojos, y en esa correspondencia (entregada por el declarante al Excmo. Sr. Ministro de Educación Nacional) se hacían reiteradas alusiones al derrotismo que para los rojos tenía el Sr. Sacristán. Así mismo se hizo cargo de una larga correspondencia entre el Sr. Mira y el Sr. Sacristán sin que en dicha correspondencia se manifieste entusiasmo ni adhesión al gobierno rojo. Respecto a la catolicidad del Dr. Sacristán recuerda el declarante que en uno de los viajes a Ciempozuelos refirió a los compañeros con gran emoción la escena de la primera comunión de su hijo

primogénito en la que también participó según allí manifestó públicamente.⁴⁶⁵

Es claro el deseo de Vallejo de apoyar a Sacristán, que le lleva a terminar su declaración de forma casi humorística.

También otros testigos declararon a favor de Sacristán, como el doctor Ercilla Ortega, que declara:

...a dicho doctor Sacristán le he tenido siempre como una persona de orden y recuerda perfectamente que el día del asesinato de Calvo Sotelo fue el declarante al domicilio del Sr. Sacristán para asuntos profesionales y al hablar sobre dicho asesinato, dicho Sr. Sacristán se encontraba muy indignado, manifestándose en contra del Gobierno del Frente Popular por tal hecho.⁴⁶⁶

Sin embargo, no acudieron a declarar ni el General Borbón ni Fernando Escardó.

La pesadilla para Sacristán no va a terminar hasta marzo de 1944 en que se dicta el Auto en el que "SE DECRETA EL SOBRESEIMIENTO de este expediente y archivo sin declaración de sanción de responsabilidad política de José Miguel Sacristán".⁴⁶⁷

En los años transcurridos desde el fin de la contienda los únicos ingresos de Sacristán provienen de las traducciones que realiza. Se le han cerrado muchas puertas, pero también merece destacarse a aquellos que le ayudaron de alguna forma. Ya hemos citado el caso de Vallejo Nágera; otros le ayudaron económicamente como reconoce Sacristán en su declaración de bienes en la que pone de manifiesto su dolorosa situación económica:

... que sus medios de vida profesionales son muy reducidos ya que prácticamente no ejerce la profesión médica, puesto que con anterioridad se ocupaba principal y exclusivamente de la investigación puramente clínica en el Manicomio de Mujeres de Ciempozuelos en detrimento de la clientela privada como prueban la serie de monografías y trabajos científicos

⁴⁶⁵Declaración ante el Juez de Vallejo Nágera. Expediente de responsabilidades políticas del Dr. Sacristán. Archivo General de la Administración, Sección de Justicia, Signatura 30520.

⁴⁶⁶Declaración de Ercilla Ortega. Expediente de responsabilidades políticas del Dr. Sacristán. Archivo General de la Administración, Sección de Justicia, Signatura 30520.

⁴⁶⁷Cédula de notificación, de fecha 29 de diciembre de 1945. Expediente de responsabilidades políticas del Dr. Sacristán. Archivo General de la Administración, Sección de Justicia, Signatura 30520.

psiquiátricos publicados en España y en Alemania; que económicamente se ayuda de los ingresos que le reporta la traducción de libros científicos del alemán al castellano que viene ejecutando para las casas editoriales siguientes: Espasa-Calpe, Revista de Occidente y Morata; que es deudor del Banco de Gijón, el cual le prestó al llegar a España la cantidad de 5000 pesetas y que hasta la fecha no le ha sido posible reintegrar a dicha entidad bancaria más que la cantidad de 1450, siendo deudor además de los siguientes señores: Don Dámaso Gutiérrez Arrese, Doctor en Medicina, Doctor Alberca, Murcia, Francisco de Orueta, Ingeniero de Minas, Don Luis Rodríguez Lueso, Registrador de la propiedad de Quintanar de la Orden y fundamentalmente de D. Elías Hernández de Tejada, hermano de la esposa del que suscribe, el cual desde su llegada a España sufraga casi toda la totalidad de los gastos del abajo firmante y su familia...⁴⁶⁸

Las penalidades aquí relatadas, nos muestran una gran parte de los motivos que impulsaron a Sacristán a adoptar una postura de pasividad, resignación y retiro, en parte voluntaria y en parte forzosa. La visión se complementa conociendo algunas de las características de su personalidad, como la timidez, la escasa capacidad de lucha, su mínima aptitud para medrar, su sensibilidad y su fácil tendencia al desánimo, que junto a los avatares sufridos tras la guerra, explican claramente la retirada anticipada de Sacristán de la vida psiquiátrica española. En muy contadas ocasiones volverá a intervenir en ella.

Esta retirada prematura privó a la psiquiatría española de la aportación de Sacristán a lo largo de los últimos veinte años de su vida, etapa de plena madurez en la producción científica de los profesionales.

6.2. LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES

Las actividades psiquiátricas realizadas por Sacristán en España tras la guerra son mínimas. La situación de retiro y marginalidad científica en que vivió en la posguerra fue interrumpida en escasas ocasiones. Su actividad asistencial se reduce a su consulta privada, dedicándose a estudiar, escribir, traducir y, muy ocasionalmente, impartir alguna conferencia. Su primer trabajo, científico o divulgativo, no aparece hasta 1946, siete años después del fin de la contienda.

⁴⁶⁸Expediente de responsabilidades políticas del Dr. Sacristán. Archivo General de la Administración, Sección de Justicia, Signatura 30520.

Alejado de puestos oficiales en los que poder desarrollar una labor psiquiátrica, carece de la posibilidad de mantener un contacto profundo con pacientes y de poder realizar algún tipo de investigación. Sus trabajos se van a reducir a estudios y análisis de tipo teórico o bibliográfico.

6.2.1. La medicina privada

Sacristán nunca se había interesado ni ocupado de su consulta particular.⁴⁶⁹ "Su actividad fue muy limitada, no le llamaba la atención la consulta privada. El nunca había cultivado su consulta privada".⁴⁷⁰ A pesar de ello, al ser la única alternativa que tenía, se vio obligado a trabajar en su propia consulta. No llegó a manejar un gran volumen de pacientes pues su actitud pasiva, su ánimo decaído, su sensibilidad herida y su carácter agriado y roto no prestaban el soporte necesario para conducir con éxito una consulta privada.

6.2.2. Traducciones y obra divulgativa

Su difícil situación profesional le conduce a una mala situación económica, que le obliga a prodigarse en traducciones y artículos divulgativos. La mayoría de sus traducciones son para la editorial Espasa-Calpe, aunque también realiza algunas para la *Revista de Occidente* y Editorial Morata. En diciembre de 1940 firma un contrato con Espasa-Calpe para la traducción de tres obras médicas, no psiquiátricas, en lengua alemana, por las que cobró 800 pesetas. Continuó haciendo traducciones de libros médicos, no realizando la primera traducción de un libro de contenido psiquiátrico hasta 1944: *Carácter y significación del síntoma de la perplejidad en las enfermedades psiquiátricas*, para Editorial Morata. Otras traducciones de interés fueron *Psicología de la forma* de D. Kats, *Los fenómenos fantásticos de la visión* de J. Mueller y *La psicología* de C. G. Jung de J. Jacobi, todas ellas para la editorial Calpe.

Su amistad con Luis Calvo le facilitó la publicación, en el diario ABC, de una serie de artículos bajo el título de "Genialidad y Psicopatología", a partir de 1946,

⁴⁶⁹En Sacristán no se cumple la sutil idea que proclama Comelles (1988) acerca de que la psiquiatría clínica de fines del siglo XIX asume el paradigma neurológico para homologarse al modelo médico y, en cierta manera, nutrir las consultas privadas.

⁴⁷⁰Comunicación personal de J. Solís y J.M. Sacristán (hijo).

hasta 1955. Algunos de estos artículos formaron un libro que publicó en 1949 con el título que encabezaba sus artículos: *Genialidad y Psicopatología*. Estos artículos, en los que trazaba un certero y conciso retrato psicopatológico de artistas y escritores célebres, le dieron cierta popularidad, lo que gustaba bastante a Sacristán, que disfrutaba de los comentarios de sus compañeros de tertulia.⁴⁷¹ En este año, 1946, parece que inicia una cierta actividad, animándose a la publicación de artículos científicos, siendo el primero dedicado a las ideas kraepelinianas.⁴⁷² A lo largo de 1947 y 1948 publica 21 artículos, de los cuales dieciocho pertenecían a la serie de *Genialidad y Psicopatología*, en *ABC*, y de los otros tres solo uno es realmente nuevo, el dedicado al análisis del destino de L. Szondi,⁴⁷³ siendo los dos restantes modificaciones de artículos anteriormente publicados.

6.2.3. Conferencias, cursos y otras actividades

La actividad de Sacristán en la posguerra será mínima y en la mayoría de los casos se deberá al estímulo de sus viejos amigos.

En el Instituto de Patología Médica de Gregorio Marañón, pronuncia una conferencia el 14 de marzo de 1946, que se publicó en la *Revista de Psicología General y Aplicada* con el título de "Algunas consideraciones acerca de los fundamentos de la «medicina psicosomática»".

En la sesión de clausura del curso 1945-46 del Ateneo Médico Leonés, por mediación de José Solís, dictó una conferencia con el título: "Consideraciones sobre los fundamentos de la llamada medicina psico-somática".

El regreso de Lafora logra empujar a Sacristán a realizar algunas actividades. En diciembre de 1950, Lafora organiza un curso de 28 lecciones en el que participan Sacristán, Vallejo, Llopis, Marañón, Lafora, Alberca, López Ibor, Escardó, Germain, Sarró, Valenciano, etc.⁴⁷⁴

En 1952 Lafora le invita a participar en otro curso de conferencias que ha organizado en el Hospital Provincial, y a participar con algún caso clínico "que

⁴⁷¹Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁴⁷²Sacristán (1946a).

⁴⁷³Sacristán (1948a).

⁴⁷⁴Valenciano (1977), p. 165.

escogiese Vd. entre los nuestros".⁴⁷⁵ Sacristán pronuncia la conferencia sobre: "Los problemas actuales de la Psiquiatría Científica y Clínica". Fue publicada en 1955 en *Archivos de Neurobiología* con el título de "Consideraciones acerca de algunos problemas generales de la psiquiatría".

Lafora le dice que acuda a la clínica, pero Sacristán apenas iba; acudía ocasionalmente a sesiones clínicas, "se venía luego conmigo a casa".⁴⁷⁶ Tampoco muestra especial interés en ayudar a Lafora en la recuperación de *Archivos de Neurobiología*.

En el Departamento de Psicología Experimental del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, organizado por Germain, se celebró un curso sobre "Psicología de la personalidad", con motivo de la reunión del Comité de la Agrupación Internacional para la coordinación de la Psiquiatría y de los métodos psicológicos. Sacristán impartió la primera conferencia,⁴⁷⁷ que se publicó en la *Revista de Psicología General y Aplicada* en 1953, con el título de "El concepto de personalidad en Psicopatología". Germain fue uno de los escasos compañeros que mantuvo, tras la guerra, una cierta relación de amistad y colaboración con Sacristán. Germain fue uno de los pioneros de la Psicología española y en 1945 creó la *Revista de Psicología General y Aplicada*, de cuya Secretaría se ocupó Sacristán.

La Sociedad Española de Psicología, fundada el 6 de febrero de 1952, de la que Germain fue durante muchos años presidente, cuenta entre sus miembros fundadores con José Miguel Sacristán.⁴⁷⁸ Germain y Sacristán ponen en marcha la "Colección de Monografías de Psicología Normal y Patológica", en la que aparecen traducciones de gran interés.⁴⁷⁹ Sacristán, que conocía a los directores de Espasa-Calpe, consiguió la colaboración de la editorial.⁴⁸⁰ La primera obra de esa colección fue *Psicología de la forma* de David Katz, traducida por Sacristán.

⁴⁷⁵Carta de Lafora a Sacristán, 1 de enero de 1952. Inédita.

⁴⁷⁶Comunicación personal de J. M. Sacristán (hijo).

⁴⁷⁷Diario *Ya*, 15 de mayo de 1951.

⁴⁷⁸Publicaciones de la Sociedad Española de Psicología. Sesión extraordinaria inaugural de la Sociedad Española de Psicología. Madrid, 1953.

⁴⁷⁹Valenciano (1971), p. 165.

⁴⁸⁰Comunicación personal de J. M. Sacristán (hijo). También afirma que la idea original de hacer la colección de monografías fue de su padre y que posteriormente se sumó Germain, lo que no ha podido ser corroborado por nuestra parte.

En 1955, invitado por Vallejo Nágera, realizará la presentación de Ugo Cerletti en Madrid.

Estas actividades, como la mayoría de las realizadas por Sacristán tras la guerra civil, son de escaso contenido, muchas veces simbólicas, en las que aparece su nombre, pero en las que no hay participación activa ni aportaciones relevantes de acuerdo a su categoría profesional.

6.2.4. El curso en Venezuela (1949)

6.2.4.1. La organización del viaje

La invitación que recibió en 1949 desde Venezuela para impartir un curso fue el principal acontecimiento que sacó a Sacristán de su amargo silencio español. Mantenía correspondencia con su cuñado D. Luis de Oteiza y con el doctor Leoncio Yaco, residentes en ese país. Como consecuencia de esos contactos, Sacristán recibió, en el mes de febrero, una oferta del Dr. Álvarez, Jefe de la División de Higiene Mental del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, para impartir un curso de psiquiatría en Caracas. Tras concretar por carta la duración de la estancia y otros detalles, firmó un contrato, de fecha 29 de mayo de 1949, con el citado Ministerio. La cláusula primera del contrato tiene el siguiente contenido:

El profesor José Miguel Sacristán se compromete a dictar en Caracas un Curso de Clínica Psiquiátrica de una duración no menor de seis meses y cuyo comienzo ha sido previsto por las partes para el próximo 15 de Junio; y, además, a prestar servicios en la División de Higiene Mental, dependiente del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en calidad de Asesor Técnico, debiendo al efecto emitir los dictámenes e informaciones que le fueren solicitados, sin menoscabo del tiempo necesario para el Curso de Clínica Psiquiátrica antes referido.⁴⁸¹

Este curso, destinado a una veintena de médicos venezolanos (entre los que se encontraban los jefes del manicomio Central de Caracas, doctores Herrera y Macía y Sánchez Landaeta) estaba dirigido a la formación de especialistas de los que se esperaba que surgiese una escuela psiquiátrica local. Además, Sacristán fue invitado

⁴⁸¹Contrato entre el Doctor Antonio Martín Araujo, en su calidad de Ministro de Sanidad y Asistencia Social, y el Profesor José Miguel Sacristán, 29 de mayo de 1949. Inédito.

a impartir clases para estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Caracas.

Su llegada a Venezuela fue acogida efusivamente por la prensa local, si se exceptúa algún comentario sarcástico ante las diplomáticas respuestas con que Sacristán se evadía de las preguntas periodísticas 'sobre' la situación política española.

La lección inaugural del curso fue impartida el 18 de agosto en el Hospital Psiquiátrico (Instituto de Higiene Mental). Por las mañanas se realizaban las visitas a pacientes, con discusión de los casos desde las ocho hasta la una. Los miércoles había sesión clínica y dos veces por semana se celebraban conferencias. (Véase Apéndice núm. 33).

El día 10 de septiembre de 1949 una resolución de la Junta Militar de Gobierno de los Estados Unidos de Venezuela nombraba a Sacristán "Profesor de Clínica Psiquiátrica y Asesor en la División de Higiene Mental, con carácter supernumerario".

El éxito de sus enseñanzas hizo que los seis meses previstos para el curso se ampliasen a nueve. La Sociedad Venezolana de Psiquiatría, en sesión extraordinaria del 2 de noviembre de 1949, nombró al Profesor Sacristán Miembro Honorario. A raíz de su estancia, varios psiquiatras venezolanos decidieron ampliar estudios en España.

En conclusión, pudo decirse que "el esfuerzo hecho por un grupo de especialistas venezolanos por forjar una escuela, recibió un vigoroso impulso a la llegada del maestro, quien ha constituido el núcleo vital de dicho curso".⁴⁸²

Puede así reconocerse en Sacristán la figura del «extranjero», descrita por Rosen en su estudio de la especialización médica como el personaje que aporta unos conocimientos y puntos de vista renovadores para la perspectiva local, y contribuye con ello al desarrollo de nuevas ramas de la medicina.⁴⁸³

⁴⁸²Discurso del doctor Ibáñez en la despedida a Sacristán de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría. Inédito.

⁴⁸³Rosen (1944), pp. 39-42.

6.2.4.2. El contenido del curso⁴⁸⁴

Un examen del manuscrito inédito redactado por Sacristán para sus lecciones muestra que allí tuvo ocasión de profundizar en la parte de la psiquiatría que más le apasionaba: el análisis clínico de las psicosis endógenas.

En la elección de la temática llama la atención el hecho de que, tras unas lecciones sobre aspectos generales, el inicio de las psicosis, la exploración del enfermo psíquico y las clasificaciones, dedica la mayor parte del curso a un minucioso análisis del problema de la esquizofrenia, y el resto a la psicosis maniaco depresiva (en sus conclusiones dirá que, mientras muchos manuales y cursos introductorios remiten al lector a bibliografía específica citada en letra menuda, él, en cambio, quiso hacer un curso de letra pequeña).

El curso supuso una amplia revisión de las teorías vigentes en la época sobre una parte esencial de la ciencia psiquiátrica. Además de mostrar su erudición, encontró entonces la oportunidad de realizar una síntesis, una reelaboración y un desarrollo sistemático de sus ideas nucleares como psiquiatra clínico.

6.2.4.3. La significación del viaje

El curso de Venezuela supuso para Sacristán una auténtica resurrección profesional y el más importante acto de reconocimiento que disfrutó en sus últimos veinte años de vida. Durante su estancia en Venezuela volvió a ser la gran figura científica y profesional que había sido antes de 1936. Venezuela le proporcionó la última ocasión de desplegar sus cualidades como profesor y como clínico; allí encontró un auditorio competente y receptivo, allí fue reconocido y agasajado como un maestro. Se trató, seguramente, de la última satisfacción que la psiquiatría le proporcionó en su vida.

La estancia en Venezuela coincidió con la publicación de su libro *Genialidad y Psicopatología*, que fue ampliamente recogido por la prensa, que resaltó las cualidades humanas, científicas y literarias de Sacristán. La unión de ambos hechos supuso un breve resurgir de Sacristán. Su regreso a Madrid fue ampliamente recogido por la prensa, publicándose diversas entrevistas.⁴⁸⁵

⁴⁸⁴Se tratará a fondo en el análisis de la obra de Sacristán.

⁴⁸⁵*La Voz de España* (San Sebastián), *Diario de la Marina* (La Habana), *Diario de New York*, *La Prensa* (Nueva York), *El Alcázar*, *ABC*, *España y Pueblo*.

Antonio Vallejo Nágera, autor opuesto política y existencialmente a Sacristán, pero muy respetuoso con su magisterio, publicó a su muerte una necrológica⁴⁸⁶ en la que destacaba el curso venezolano de Sacristán:

... su preparación y aptitudes docentes las demuestra en Caracas, pues durante seis meses (1946)⁴⁸⁷ profesa un curso de Psiquiatría, y sus discípulos recogen en tal manera sus enseñanzas, que en reciente viaje hemos podido apreciar cómo ha florecido la semilla clínica, auténticamente kraepeliniana, y el cariñoso recuerdo que conservan del maestro.

Un psiquiatra muy distante (y muy distinto) de Vallejo Nágera, pero muy próximo a Sacristán, en la misma ocasión que el anterior escribió un juicio similar:

...lo que su patria no le reconoció [a Sacristán] de aptitudes profesionales, a causa del pernicioso sistema de selección mediante oposiciones, supo valorarlo Venezuela, donde fue invitado por el Gobierno en 1949 para dar un curso de Psiquiatría clínica en el Manicomio de Caracas. Allí ha dejado Sacristán una estela de discípulos y un excelente recuerdo de sus positivas enseñanzas.⁴⁸⁸

El curso y el trato recibido en Venezuela supusieron una inyección en la decaída moral de Sacristán y el colofón a una brillante trayectoria profesional que la tragedia histórica española se había encargado de frustrar. Allí se le reconoció lo que se le negó en su país.

6.3. LAS ACTIVIDADES SOCIALES

6.3.1. Las tertulias

Ante la imposibilidad de desarrollar su faceta profesional, cuando ya tiene la certeza de que le va a ser imposible recuperar sus puestos de trabajo y desarrollar una labor psiquiátrica adecuada a su preparación, al ver que no va a poder sacudirse la marginación en la que se encuentra, Sacristán se va alejando paulatinamente del

⁴⁸⁶Vallejo Nágera (1957).

⁴⁸⁷La fecha que da Vallejo es errónea, pues el curso se celebró en 1949.

⁴⁸⁸Lafora (1957).

mundo científico. Frecuenta diferentes tertulias en las que puede conversar de forma distendida con intelectuales, artistas y diversos personajes madrileños.

Se convierte en un asiduo de la tertulia de Lhardy a la que ya acudía antes de la guerra:

...la tertulia del atardecer, de la que constituía esencial presencia el eminente psiquiatra y escritor José Miguel Sacristán, impecable en su atuendo, perspicaz en la mirada e irónico en la palabra, esgrimiendo diálogos acuciantes a la altura del ingenio de su gran amigo Julio Camba. El pintor Ignacio Zuloaga, el escultor Juan Cristóbal, el diestro Domingo Ortega, Antonio Díaz-Cañabate, Chueca-Goitia, los condes de Villagonzalo, el matrimonio García San Miguel, el actor Enrique Chicote y otros contertulios integraban aquellas reuniones vespertinas...⁴⁸⁹

A eso de las nueve de la noche, en ese tradicional y romántico restaurante, Lhardy, que reúne a unos asiduos los cuales forman la heterogénea celebridad matritense, grandes toreros, escritores, aristócratas, artistas, suele llegar el doctor Sacristán para reposar al final de la tarde de su tarea de la jornada. Su figura es popular y muy querida, su conversación solicitada.⁴⁹⁰

Hacia 1952 Sacristán abandona la tertulia: "... La tertulia de Lhardy, desde su ausencia ha desaparecido; los antiguos componentes ya no asisten como antes; se conoce que víctimas del aburrimiento han volado a otros nidos..."⁴⁹¹

Sacristán también acude a otra tertulia en el Instituto Británico, a la que acuden, entre otros, Pío Baroja y Germain. El director del Instituto era W. Starsky, que estimaba el apoyo y amistad recibidos en momentos difíciles:

Vds. han sido los amigos de verdad del Instituto, desde los días difíciles de 1940, cuando algunos de Vds. sufrieron por sus simpatías hacia nosotros, y sin embargo siguieron viniendo. Ahora que han cambiado tanto las cosas muchos se acercaran al lado que parece tener la victoria asegurada, deseando hacerse nuestros amigos, pero nosotros no hemos de olvidar a aquellos que nos dieron su amistad en los días adversos. Quiero darles las gracias a todos Vds., querido Don Pío, el decano de nuestra tertulia, Dr. Sacristán, Don Ignacio Zuloaga,

⁴⁸⁹De Candamo (1989).

⁴⁹⁰Programa "Oiga usted lo que pasó" en Radio Madrid, por Miguel Pérez Ferrero, el 16 de julio de 1949 a las 22 horas.

⁴⁹¹Carta de Enrique Chicote a Sacristán, de fecha 29 de octubre de 1953.

Don Antonio Ferreras, Don Antonio Berdagué(El Gordo), cuya tienda es hoy nuestro centro de reunión en Madrid, como lo era Caro Raggio en los días de antaño; también a Vds., Sebastián de Miranda, Juanito Cristóbal y Dr. Germain; (...).⁴⁹²

Sacristán se aparta de la actividad de los círculos psiquiátricos oficiales, aunque se le puede ver como oyente en algunas conferencias.

Una muestra del prestigio que tenía todavía en ciertos círculos es la invitación de Julián Marías a participar en un *Diccionario de Filosofía*:

...En nombre del Sr. Ortega y en el mío propio, tengo el honor de dirigirme a usted para solicitar su valiosa colaboración en este Diccionario, que ha de representar un instrumento eficaz para realizar trabajos filosóficos en el mundo de habla española.⁴⁹³

También Xavier Zubiri le invita a escribir un capítulo, en colaboración con Germain, de una obra de Neurología humana que pensaba editar la Sociedad de Estudios y Publicaciones.⁴⁹⁴

Ambos proyectos fueron rechazados por Sacristán. El rechazo de los diferentes proyectos que le eran planteados se convierte en algo habitual en él. También renuncia a escribir un capítulo adicional, a modo de apéndice, de la obra de Kretschmer (*Constitución y carácter*), que le sugiere Solé Sagarra.⁴⁹⁵ Rechaza la invitación de Belarmino Rodríguez Arias para participar, junto con Lafora, Germain y Escardó, en un curso en el Instituto Neurológico Municipal. En los primeros momentos de la posguerra Sacristán intenta buscar actividades que le permitan obtener ingresos económicos, para ello se dirige a algunas editoriales que le responden con negativas.⁴⁹⁶ Los sucesivos reveses sufridos conducen a una segunda etapa, al final de la década de los cuarenta, en que, presa del desánimo y cansado de humillaciones, rechaza muchos de los ofrecimientos que le realizan. Esta segunda etapa puede representar la expresión de un cansado Sacristán que renuncia

⁴⁹²Carta de W. Stranski a sus amigos del Instituto Británico, de fecha 1 de marzo de 1944.

⁴⁹³Carta de Julián Marías a Sacristán, de fecha 5 de febrero de 1946.

⁴⁹⁴Carta de Xabier Zubiri a Sacristán, de fecha 11 de junio de 1947.

⁴⁹⁵Carta de Solé Sagarra a Sacristán de fecha 25 de agosto de 1946.

⁴⁹⁶Carta de Editorial Labor, de fecha 20 de mayo de 1942, en la que rechazan "el ofrecimiento" de Sacristán. Carta de Editorial Juventud, de fecha 23 de julio de 1943, en que la baja de ventas les obliga a rechazar "la obra que usted tiene la atención de ofrecernos". Desconocemos, en ambos casos, lo ofrecido por Sacristán.

definitivamente a integrarse en la vida cultural y psiquiátrica española de la posguerra. Solo en contadas ocasiones, generalmente por iniciativa de algunos antiguos amigos, como Germain, Solís o Lafora, va a salir de su ostracismo, aunque consiguiendo solo breves intervenciones que no impedirán su retiro, inicialmente forzado y luego voluntario.

6.3.2. La relación con Vallejo Nágera

La relación entre Vallejo y Sacristán se inició, cuando ya Sacristán era director del Manicomio de Ciempozuelos, en diciembre de 1925, en que Vallejo es destinado a la Clínica Militar de Ciempozuelos.⁴⁹⁷ Ambos viajaban juntos a Ciempozuelos:

Añoramos aquellos años en que, encerrados en un desvencijado coche de M.Z.A., durante nuestro viaje Madrid-Ciempozuelos comentábamos el último trabajo o libro publicado, discutíamos algún caso, o recibíamos sugerencias e información sobre nuestros trabajos y problemas en curso. Seis años de convivencia con Sacristán y de docencia «ferroviaria», anterior y posterior a las muchas horas de observación clínica, han contribuido en tal manera a nuestra formación, que queremos dejar consignado expresamente que la influencia de Sacristán en la Psiquiatría española se extiende no sólo por las obras propias, sino mucho más por quienes supimos aprovecharnos de sus enseñanzas.⁴⁹⁸

A pesar de la distancia ideológica entre ambos y de la situación de poder en que se encontraba Vallejo tras la guerra, éste mostró siempre una intención de acercamiento hacia Sacristán, de forma rotunda con sus declaraciones en el expediente de responsabilidades políticas, y en forma de invitaciones diversas para verse y manifestándole amistad y admiración. Sin embargo no le apoyó para conseguir un trabajo de acuerdo con la categoría de Sacristán. Hay diversas cartas de Vallejo en las que invita a Sacristán a acudir a su casa:

Le adjunto un ejemplar de mi obra TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES, que deseo reciba como muestra de amistad y admiración científica, y en recuerdo de aquellos días felices de viajes a Ciempozuelos, en que convertía en

⁴⁹⁷Abejaro (1994), p. 174.

⁴⁹⁸Vallejo Nágera (1957).

cátedra el maloliente departamento en que viajábamos o el reservado de la cantinilla donde ante succulentos chorizos esperábamos, pacientemente, el retrasado tren. Continúan los conciertos dominicales en esta casa, en la que le veríamos con sumo gusto.⁴⁹⁹

En otra misiva:

... Yo continuo en casa los domingos, y todavía existen algunas botellas de vinillo para alegrarse la vida. No deje de venir algún día que le contaré algunas cosas de la picaresca psiquiátrica.

Un abrazo de su siempre admirador y buen amigo.⁵⁰⁰

En otra carta invita a Sacristán a participar en un curso:

Le adjunto el programa del Curso B de Psiquiatría, sobre cuya organización tuve la fortuna de cambiar impresiones con usted el día que nos reunimos. Muy de veras celebraré que le agrade el desarrollo de dicho curso y que asista algunos días para que se decida a colaborar con nosotros, en una de las conferencias libres, de las que ya tenemos ofrecidas unas a cargo de Díaz Gómez y Villacián, y espero también que otros compañeros no anunciados. Con un cordial abrazo de su siempre buen amigo y discípulo.⁵⁰¹

Sacristán, sin embargo, ya había adoptado su actitud de retiro y alejamiento, no correspondiendo a los intentos de acercamiento de Vallejo.

Sin embargo, sí atendió la invitación de Vallejo para presentar a Ugo Cerletti en la conferencia que éste dio en Madrid el 16 de abril de 1955. Quizás el recuerdo de los viejos tiempos movió a Sacristán, pues había conocido a Cerletti en 1912 durante su estancia en Alemania; le fue presentado por R. Allers en el Laboratorio de bioquímica de la clínica psiquiátrica de Kraepelin.⁵⁰²

⁴⁹⁹Carta de Vallejo a Sacristán, 25 de septiembre de 1940. Inédita.

⁵⁰⁰Carta de Vallejo Nágera a Sacristán, 2 de enero de 1942. Inédita.

⁵⁰¹Carta de Vallejo a Sacristán, 3 de marzo de 1943. Inédita.

⁵⁰²Discurso de presentación de Sacristán, en la conferencia de Ugo Cerletti el 16 de abril de 1955 en Madrid. Inédito.

6.4. ENFERMEDAD Y MUERTE

La situación de ostracismo vivida en la posguerra hizo que Sacristán, en algunas ocasiones, se quejara amargamente, ante su familia, por haber vuelto a España en vez de haber emprendido el camino hacia Canadá o Méjico.⁵⁰³

Su decaída moral recibió una inyección con el curso impartido en Venezuela, pero al poco de regresar a Madrid sufrió un infarto de miocardio que le dejó con una vida todavía más restringida. Quedó muy preocupado por la enfermedad hasta el punto que los médicos que le trataban le hablaban de un problema pulmonar, en un intento de disminuir el temor que sentía Sacristán.⁵⁰⁴

Esta situación supone un nuevo derrumbamiento en su estado de ánimo y ve cercenadas las posibilidades de realizar un nuevo curso en Venezuela. Todo ello le conduce a un estado de abatimiento que reduce aún más, si cabe, las actividades en los últimos años de su vida. Publica únicamente dos artículos psiquiátricos en los cinco últimos años de vida, aparte de los artículos de *ABC*.

Sacristán fallece en Madrid el 1 de febrero de 1957.

La muerte de uno de los más brillantes psiquiatras del primer tercio de siglo en España pasa prácticamente desapercibida. López Ibor le dedica diecinueve líneas,⁵⁰⁵ Vallejo Nágera le dedica una página completa, en la que reconoce la valía de Sacristán,⁵⁰⁶ y Lafora le dedica una sentida necrológica en *Archivos de Neurobiología*.

⁵⁰³Comunicación personal de J.M. Sacristán (hijo).

⁵⁰⁴Comunicación personal de J. M. Sacristán (hijo) y Antonio Sacristán.

⁵⁰⁵López Ibor (1957).

⁵⁰⁶Vallejo Nágera (1957).

SEGUNDA PARTE: LA OBRA

1. Introducción

La obra de Sacristán se caracteriza por el esfuerzo en la difusión de la ciencia psiquiátrica, por el intento de introducción y creación de una escuela de corte kraepeliniano, por la difusión de la corriente psiquiátrica alemana y por la denuncia de la asistencia psiquiátrica en España y su renovación.

En la obra de Sacristán puede señalarse una parte dedicada a la introducción, asentamiento y desarrollo de una psiquiatría científica y moderna en España. Por una parte, exponiendo las ideas de los psiquiatras más destacados del panorama europeo, particularmente los germanos y, por otra, fomentando la investigación clínica y de laboratorio que permitiera a la psiquiatría española realizar aportaciones propias. También cabe destacar una relevante aportación a los cambios en materia asistencial que ocurrieron en España en la etapa previa a la guerra civil. Así, la denuncia de la situación de los enfermos mentales y la propuesta de nuevas formas de atención psiquiátrica ocupan un lugar importante en la obra de Sacristán.

Su obra está marcada por la guerra civil, que supuso una ruptura biográfica, que determina la frustración de aquel proyecto de psiquiatría científica moderna.

Dado el escaso nivel científico de la psiquiatría española de principios de siglo, Sacristán acomete la tarea de difundir en España las principales ideas del pensamiento psiquiátrico en boga en ese momento. La preponderancia de la psiquiatría alemana, unido a la gran influencia que tuvo sobre él, formado en dichas corrientes, condujo a una tarea de divulgación en España de la organización asistencial, nosología y psicopatología alemana que había impresionado vivamente a Sacristán. También hay otros apartados de su obra que se ocupan de aspectos clínicos, bioquímicos, divulgativos y terapéuticos.

Antes de introducimos en el análisis de su obra, como muestra de la objetividad que le guía, reproducimos estas palabras de Sacristán:

Toda teoría, credo o simplemente tendencia artística, filosófica, científica o política tiene que afrontar el gran peligro de aquellos de sus partidarios más fanáticos, cuya ciega unilateralidad les lleva -a veces- a conducir los principios y aplicaciones de su teoría o doctrina al descrédito y al fracaso.⁵⁰⁷

⁵⁰⁷Sacristán (1946c), p. 109.

En los primeros años de su carrera profesional, antes de dedicarse de lleno a la psiquiatría, realizó trabajos en el campo de la histología, fisiología y bioquímica.

2. Antecedentes

Como se dijo al principio, el único artículo dedicado a la figura y la obra de Sacristán es el realizado por Germain y Solís⁵⁰⁸ en el que se tratan algunos aspectos de su vida y se comentan superficialmente algunos trabajos de Sacristán; recoge además una bibliografía incompleta.

No existe ningún estudio de más envergadura sobre la obra de Sacristán. Quizás cabe destacar la breve reseña que hace Gonzalo R. Lafora, en la emotiva necrológica que publica tras la muerte de Sacristán, en la que clasifica sus publicaciones de la siguiente forma:

- Trabajos histológicos e histopatológicos.
- Trabajos bioquímicos.
- Trabajos clínicos y de laboratorio.
- Psiquiatría teórica y práctica.
- Asistencia psiquiátrica y legislación.

También debe citarse un artículo que aborda de forma monográfica el papel desempeñado por Sacristán en la introducción de Kretschmer en España.⁵⁰⁹

3. Estructura general de la obra

Dentro de la obra de Sacristán, podemos distinguir:

Una primera etapa que alcanza desde 1910, último año de su carrera, hasta 1914 en que vuelve de Alemania. En esta primera etapa hay tres líneas de investigación, marcadas porque la actividad principal está realizada en el laboratorio:

- Un primer grupo de trabajos de tipo fisiológico acerca de la viscosidad de los líquidos del organismo, realizada junto a Gregorio Marañón en el Hospital General.
- Una segunda línea de trabajo de tipo histológico realizada en el laboratorio de Achúcarro.
- Los estudios, realizados en Alemania, de carácter bioquímico.

⁵⁰⁸Germain y Solís (1986).

⁵⁰⁹Parajón y Del Barrio (1993).

La segunda etapa comienza a partir de su regreso de Alemania, en la primavera de 1914. Desde entonces hasta 1918 sólo hay dos artículos suyos, ambos realizados en el laboratorio de Negrín. En Madrid no hay posibilidades de realizar estudios de investigación en laboratorio con aplicación a las enfermedades mentales; Sacristán desea seguir la actividad de investigación y, tras el fracaso del laboratorio de química fisiológica que puso en marcha junto a Madinaveitia, encuentra la posibilidad de proseguir en el laboratorio de fisiología de Negrín.

En 1918 se inicia la producción psiquiátrica, que ya nunca se interrumpirá hasta su muerte. Recordemos que Sacristán es, desde 1919, director del manicomio de mujeres de Ciempozuelos, y ya dispone de abundante material para realizar investigaciones. Además, en 1920 pone en marcha la revista *Archivos de Neurobiología*, junto a Lafora y Ortega y Gasset.

En su obra previa a la guerra civil hay una gran dedicación a los aspectos prácticos de la psiquiatría, centrándose posteriormente, por motivos ya conocidos, en el análisis de aspectos teóricos, apoyado en sus amplios conocimientos de la literatura psiquiátrica.

4. Análisis bibliométrico

Uno de los aspectos más destacados de la obra de Sacristán es la difusión en España de las principales líneas del pensamiento psiquiátrico europeo. Por ello, es interesante un análisis que, de forma gráfica y global, permita ver los autores más citados por Sacristán.

En este apartado se exponen cuatro tablas. En la primera se señala el número de artículos y los temas en los que Sacristán realizó investigaciones de laboratorio. Con ella se pretende demostrar el interés que para él tenían los trabajos de laboratorio y la constancia que en ellos tuvo. Expuso claramente la importancia que tenía, para el desarrollo de la psiquiatría nacional, la existencia de investigación propia y evitar la dependencia externa. La ausencia de laboratorios preparados para la investigación psiquiátrica le produjo un gran desencanto. A pesar de ello procuró, con sus escasos medios llevar adelante algunas investigaciones.

	HISTOLOGIA	FISIOLOGIA	BIOQUIMICA
1911		8	
1912	2		
1913	1		1
1918		2	
1921	1		
1930			2
1933			1
1934			1
TOTAL	4	10	5

Tabla núm. 1: Investigaciones de laboratorio publicadas por Sacristán hasta la guerra civil.

En las dos tablas siguientes (números dos y tres) se realiza un análisis bibliométrico basado en una revisión que abarca cincuenta y una publicaciones. En ellas, Sacristán cita a un total de cuatrocientos cuarenta y dos autores.

En la tabla número dos se hace un recuento de los autores citados en un mayor número de artículos, aunque solo recogemos los citados en cinco o más artículos. El primer lugar lo ocupa Kraepelin, que es citado en veinte trabajos diferentes y le siguen Kretschmer y Bleuler. Es de destacar la presencia de los principales autores de la psiquiatría alemana del momento, con una destacada presencia de los psiquiatras de la escuela de Heidelberg. También cabe resaltar la referencia en cinco artículos a Lafora y a Germain, como los dos autores españoles más citados. Es importante el número de citas de diferentes psicoanalistas, siendo Freud el más citado, le siguen otros como Stransky y Adler.

Es llamativo que declarándose Sacristán como no psicoanalista realice un número tan elevado de referencias a autores de dicha tendencia; esto traduce su ansia de información y su actitud abierta, que tiene en cuenta todas las opiniones incluso aquellas con las que no está de acuerdo. Esta cualidad es necesaria para un autor principalmente divulgativo como Sacristán.

AUTOR	Núm. de trabajos
Kraepelin	20
Kretschmer	17
Bleuler	14
Lange	12
Bumke	11
Jaspers	11
Birnbaum	10
Freud	10
Grühle	8
Hoffmann	8
Kahn	8
Schneider, K.	8
Stransky	8
Gaupp	7
Hoche	7
Ewald	6
Kläsi	6
Kleist	6
Adler, A.	5
Allers	5
Berze	5
Germain	5
Jung	5
Lafora	5
Luxemburger	5
Morel	5
Schilder	5
Sommer	5

Tabla núm. 2: Autores citados en mayor número de artículos

En la siguiente tabla se señalan los autores citados mayor número de veces, seleccionando a los que a su vez lo han sido en al menos tres artículos distintos (para

evitar la distorsión que supone, por ejemplo, que un autor sea citado 65 veces en un solo artículo).

AUTOR	Núm. citas
Kraepelin	316
Kretschmer	305
Lange	73
Freud	56
Schilder	53
Hoffmann	47
Jaspers	42
Gaupp	41
Ewald	35
Hoche	35
Hellpach	29
Jaensch, E.R	29
Kleist	26
Kronfeld	26
Lafora	20
Kahlbaum	19
Mauz	17
Simon	17
Grühle	16
Kahn	16
Bumke	14
Rüdin	14

AUTOR	Núm. citas
Adler, A.	13
Wernicke	13
Wuth	12
Meyer, A.	11
Berger	11
Allers	10
Germain	8
Maier	7
Bonhoeffer	7
Morel	7
Kroh	6
Mendel	6
Magnan	6
Plaut	6
Spranger	5
Werner	4
Davis	3
Lenz	3
Willmans	3
Friedländer	3
Siemens	3

Tabla núm. 3: Autores citados tres o más veces.

Brevemente cabría destacar:

- la abrumadora mayoría de autores alemanes
- los dos autores más citados, tanto en número de artículos como en citas totales (Kraepelin y Kreschtmer), son los dos autores que marcaron la obra de Sacristán y a los que consideraba más importantes.
- la presencia de autores españoles como Lafora, Germain, Sanchís Banús, Marañón y Gayerre.
- la presencia de psicoanalistas como Freud, Jung, Adler y Schilder.⁵¹⁰

⁵¹⁰Este punto se tratará en el capítulo 17.

- la destacada representación de la corriente psicodinámica alemana que se desarrolla a partir de 1900 (corriente crítica hacia Kraepelin) y que incluye a autores como Bonhoeffer, Birnbaum, Bleuler y Jung entre otros.

En la siguiente tabla el estudio bibliométrico se realizó sobre las conferencias impartidas en Venezuela. Se han encontrado referencias a doscientos doce (212) autores diferentes. En la tabla siguiente se exponen los más citados:

AUTOR	Núm. citas
Bleuler	174
Kraepelin	148
Mayer Gross	140
Grühle	104
Kretschmer	82
Kleist	79
Berze	72
Bumke	40
Carl Schneider	37
Freud	20
Hoffmann	19
Kläsi	18
Wernicke	18
Lange	17
Hecker	16
Stranski	15
Jaensch	15
Kahlbaum	15
Steiner	14
Kronfeld	14
Schroeder	14
Kahn	13
Behringer	13
Willmans	12
Kolle	11
Schilder	11
Berger	11
Kurt Schneider	11
Wolfsohn	11
Homburger	11
Morel	11
Mauz	10
Magenau	9
Jaspers	8
Minkowski	8

AUTOR	Núm. citas
Gaupp	8
Kehrer	8
Neustadt	8
Jacobi	8
Medow	8
Storch	8
Ewald	7
Strauss	7
Jahrreis	7
Wyrsh	7
Jung	7
Fleck	6
Krapf	6
Bürger	6
Kraus	6
Braun	5
Luxenburger	5
Neisser	5
Bonhöeffer	4
Schultz	4
Bostroem	4
Westphal	4
Pflaunder	4
Binswanger	3
Haas	3
Klages	3
Sante de Sanctis	3
Braummuhl	3
Husserl	3
Picker	3
Weidenreich	3
Adler	3
Domarus	3
Jaser	3
Pierre Janet	3

Tabla núm. 4: Autores más citados y número de citas en las conferencias sobre la esquizofrenia impartidas por Sacristán en Venezuela.

Hay que resaltar la fecha de estas conferencias (1949) y como ya Sacristán ha recogido las nuevas corrientes en las que Kraepelin está siendo superado (aparentemente) y Bleuler se convierte en el autor más citado; otros autores como Mayer Gross, Gröhle o Berze, deben su presencia a obras publicadas por ellos que Sacristán considera fundamentales. Sigue existiendo una abundante presencia de la escuela de Heidelberg.

CAPÍTULO 7: TRABAJOS DE FISIOLÓGÍA⁵¹¹

Al terminar sus estudios de medicina, Sacristán comienza a trabajar con Marañón en el Hospital General. Allí inicia una línea de investigación sobre el tema de la viscosidad de la sangre y de la orina.

El primero de sus artículos se ocupa de los fundamentos físicos de la viscosidad y la técnica general de la viscosimetría.⁵¹² El aparato usado por Marañón y Sacristán es el viscosímetro de Hess, que es de los más usados en las clínicas, en Alemania al menos; posteriormente utilizan el de Determann. Realizan una exposición del estado de la cuestión citando los principales trabajos y los datos obtenidos en diferentes individuos sanos y enfermos. Finalizan resaltando la necesidad de nuevas investigaciones sobre la viscosidad de la sangre y de otros líquidos del organismo. Es de destacar en este primer trabajo que de las 64 referencias bibliográficas, cuarenta y seis son de autores o revistas alemanas. A lo largo de 1911 continúan las publicaciones, hasta seis, de los resultados que obtienen en diversos estudios sobre la viscosidad de la sangre en diferentes enfermedades y sobre la viscosidad de la orina en estado normal y patológico.

En uno de los estudios,⁵¹³ Marañón y Sacristán, ya adelantan que "la viscosidad de la sangre no tendrá nunca una gran importancia en la clínica, como pretenden algunos, porque es una propiedad en cuya constitución entran a formar parte un número grande de factores".

La mayoría de los trabajos se expuso en la Sociedad Española de Biología, manteniendo algunas polémicas con el Dr. Guzmán Carrancio acerca de los métodos utilizados, polémicas que fueron resueltas por Marañón.

Aún realiza Sacristán otros dos artículos, el primero⁵¹⁴ es una extensa revisión bibliográfica de la reacción de la meiotagmina de Ascoli e Izard, reacción serodiagnóstica que mide la variación de la tensión superficial producida por las sustancias resultantes de una reacción antígeno-anticuerpo. La calidad del estudio

⁵¹¹Queda fuera del alcance de este trabajo un estudio exhaustivo de la obra no psiquiátrica de Sacristán.

⁵¹²Sacristán (1911a).

⁵¹³Marañón y Sacristán (1911c), p. 244.

⁵¹⁴Sacristán (1911b).

queda de manifiesto por la invitación que realiza Ascoli a Sacristán para que trabaje en su laboratorio de la Universidad de Catania.

El otro escrito⁵¹⁵ versa sobre la acción antagónica de la adrenalina y la estricnina. En él, los autores comprueban los experimentos de Falta e Ivovic sobre dicha acción, refutando las objeciones de Janouschke. Explican este hecho, no por la acción opuesta de ambas sustancias sobre el corazón, como Falta e Ivovic dicen, sino porque la estricnina, como agente convulsivante, agota la adrenalina del sistema cromáfino y la adrenalina inyectada pone al organismo a cubierto de los accidentes debidos al gasto excesivo de dicha sustancia.

En todas sus investigaciones se pone de manifiesto una excelente documentación y una gran rigurosidad.

Tras la primera fase de trabajo con Marañón, que le inicia en los trabajos de laboratorio, viene una nueva orientación bajo la supervisión de Achúcarro.

⁵¹⁵Marañón y Sacristán (1911f).

CAPÍTULO 8: TRABAJOS DE HISTOLOGÍA

A partir de 1912, Sacristán abandona el Hospital General y comienza a trabajar junto a Achúcarro, lo que le va a permitir contactar con la escuela histológica española comandada por Cajal, entrando en el campo de la histología de la mano de Achúcarro.

A principios del siglo XX, los avances en la tecnología óptica y micrográfica permiten el auge de la citohistología. España cuenta con un importante núcleo de investigadores que disponen del Laboratorio de Histopatología creado por la Junta para Ampliación de Estudios, dirigido por Achúcarro.

Achúcarro centró sus estudios histopatológicos no sólo en las células en bastoncito, sino en las neoformaciones conectivas perivasculares de la parálisis general progresiva y sobre la neuroglia normal y patológica.⁵¹⁶

Achúcarro se dedicaba en esos momentos al estudio de la glándula pineal y Sacristán se unió a dichas investigaciones. Cajal describe la innervación de la glándula pineal en diversos mamíferos. Achúcarro y Sacristán van a analizar algunos conceptos histológicos erróneos que establecían el carácter secretor de la epífisis. También Del Río-Hortega se ocupa de la naturaleza de los tipos celulares pineales y aplica las técnicas de impregnación argéntica al estudio de la glándula pineal de aves y mamíferos.⁵¹⁷

Así pues, Sacristán se dedica al estudio de la glándula pineal humana, realizando diversas contribuciones al conocimiento de dicha glándula. Sacristán y Achúcarro utilizan el método del tanino y la plata amoniacal, ideado por Achúcarro. Ambos confirman la existencia de las esférulas o bolas nucleares descritas por Dimitrova, aunque le adscriben un significado regresivo. Cajal describe, en 1904, unas células que emiten unas prolongaciones terminadas en maza, cuya función es motivo de polémica entre los científicos de la época. "Las más detalladas y acertadas descripciones de éstas células se deben a Achúcarro y Sacristán". "Ambos caen en el error, al igual que Cajal, de admitir la naturaleza nerviosa de este tipo celular".⁵¹⁸

La mayoría de los estudios realizados por la escuela histológica española acerca de la epífisis pasan desapercibidos para la comunidad científica internacional,

⁵¹⁶Castro (1968), p. 73.

⁵¹⁷López-Muñoz, Boya y Calvo (1994), p. 226.

⁵¹⁸López-Muñoz, Boya y Calvo (1994), p. 228.

quizás por haberse publicado en libros y revistas nacionales en lengua española. Sacristán⁵¹⁹ publicó posteriormente un artículo en la *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* en el que intenta dar a conocer a los investigadores extranjeros las aportaciones de la escuela española de histología. Del Río-Hortega lo recuerda en el *Libro en Honor de D. Santiago Ramón y Cajal* (1922): "Algo olvidada por los autores, o desconocida totalmente, es la participación de la escuela de Cajal en el estudio de la epísis, ha sido preciso que Sacristán recuerde lo que se debe a los histólogos españoles". Posteriormente, en el *Libro Homenaje al Dr. Marañón* (1929), Del Río-Hortega insiste: "Tenemos que agradecer a Sacristán el noble intento de dar a conocer nuestras aportaciones a los investigadores extranjeros que, habiéndose ocupado de la pineal ulteriormente, no nos hicieron el honor de mencionarlas".⁵²⁰

López Albo también corrobora este hecho y recuerda que Sacristán tuvo que reivindicar para Achúcarro la prioridad de la descripción de un detalle de la epísis que Josephy atribuye a Walter. El hallazgo se atribuía en la literatura alemana a Walter, hasta que Sacristán demostró que un año antes se había descrito en España. Se refería a unos elementos ganglionares, alojados en los espacios intersticiales y las fibras ensortijadas en lobulillo. En los espacios perivasculares de este órgano describió unas fibras abundantes, terminadas en maza, algunas con estructura vascular.⁵²¹

La mayoría de los estudios realizados por Sacristán en colaboración con Achúcarro, se encuentran en el artículo titulado: "Investigaciones histológicas e histopatológicas de la glándula pineal humana".⁵²² Con apenas seis meses de trabajo, Sacristán se significó de forma destacada en el campo de la histología con sus estudios sobre la glándula pineal humana, dando muestras de sus dotes como investigador, lo que le valió para ser pensionado por la Junta para Ampliación de Estudios.

⁵¹⁹Sacristán (1921b).

⁵²⁰Del Río-Hortega (1922) y (1929), citado por López-Muñoz, Boya y Calvo (1994), p. 226.

⁵²¹López Albo (1926), p. 226.

⁵²²Achúcarro y Sacristán (1912a).

CAPÍTULO 9: TRABAJOS DE BIOQUÍMICA

Si bien las investigaciones en el campo de la histología y la fisiología realizadas por Sacristán no guardan relación con las enfermedades mentales, no puede decirse lo mismo de los trabajos de bioquímica, que están todos en relación con dichos trastornos.

Achúcarro es, junto a Gayarre, quien inicia a Sacristán en el estudio de las enfermedades mentales. Las intenciones iniciales de Sacristán de trabajar en la anatomía patológica de las enfermedades mentales, se transforman cuando llega a Alemania, gracias a R. Allers y a Kraepelin, en un definitivo decantamiento hacia la psiquiatría y, en particular, hacia la clínica psiquiátrica. Allí realiza trabajos acerca de la bioquímica de las enfermedades mentales y se inicia en la práctica clínica. La estancia en Alemania produce en Sacristán su definitiva dedicación al estudio de las enfermedades mentales.

9.1. ETAPA ALEMANA (1912-14)

Sacristán realiza diferentes estudios bioquímicos, con Rudolph Allers, acerca de la conducta del recambio nutritivo en las psicosis. Estos trabajos versaban sobre el metabolismo nitrogenado en la epilepsia, el recambio purínico endógeno en la parálisis general y la existencia de albumosas en la orina de enfermos paralíticos.⁵²³ En otras publicaciones de Allers se hace referencia a los trabajos realizados por Sacristán.⁵²⁴

Durante su estancia en Alemania publicó un solo artículo, con Allers, sobre el metabolismo en la epilepsia,⁵²⁵ que se llevó a cabo en el Laboratorio químico de la Clínica de Psiquiatría de la Real Universidad de Munich. Parten del hecho, reconocido en la literatura, de la existencia de alteraciones del metabolismo de la albúmina y del ácido nucleico en los intervalos libres de ataques de la epilepsia

⁵²³Archivo de la Junta para Ampliación de Estudios. Residencia de estudiantes. Caja 130, Expediente 17.

⁵²⁴*Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, O. Band XXV, p. 291, y O. Band L, p. 154. En el primero de ellos, Allers habla de los resultados obtenidos por él y por Sacristán en los trabajos sobre el metabolismo en los intervalos libres de ataques en epilépticos; en el segundo habla sobre el metabolismo endógeno de las purinas y la eliminación de nitrógeno total según los resultados obtenidos por el Dr. Sacristán. Dichos artículos están firmados únicamente por R. Allers.

⁵²⁵Allers y Sacristán (1913).

esencial, y analizan la naturaleza íntima de dichas alteraciones. Concluyen que hay casos de epilepsia esencial en los que existe una incapacidad para fijar el equilibrio del nitrógeno, alteración del recambio purínico endógeno y del metabolismo nucleínico exógeno.

9.2. ETAPA ESPAÑOLA (1914-36)

El regreso a España de Sacristán supone la decepción de no poder continuar su labor de investigación sobre la bioquímica en las enfermedades mentales. Comienza su actividad en la clínica psiquiátrica, pero no olvida el laboratorio y solo encuentra la posibilidad de trabajar junto a Negrín, en cuyo laboratorio realiza dos estudios acerca de las relaciones entre la glucemia y la nicotina.⁵²⁶

A pesar de la ausencia de medios para la investigación, Sacristán realizó posteriormente diversos trabajos bioquímicos en relación con las enfermedades mentales. Conservó a lo largo de su vida el interés por los estudios en el laboratorio que inició en Alemania. (Véase tabla 1)

Si realizamos una aproximación cronológica a su actividad en el campo de la bioquímica, vemos que, tras los trabajos realizados en Múnich en 1913, no vuelve a publicar hasta 1930, en que saca a la luz dos artículos realizados en el modesto laboratorio del manicomio de Ciempozuelos.⁵²⁷ En 1933 y 1934 publica sus dos últimos escritos sobre temas metabólicos. Después de la guerra civil no realizó ninguna actividad de laboratorio ni de investigación. Su atracción por la investigación de laboratorio aplicada a las enfermedades mentales se refleja si miramos sus publicaciones desde 1911 hasta 1934, en que podemos encontrar hasta 19 artículos referidos a técnicas de laboratorio, reacciones de líquido cefalorraquídeo y observaciones o hallazgos histopatológicos y metabólicos. El progresivo descenso, a lo largo de su vida, de trabajos de esta índole podría deberse por una parte a la gran carga asistencial que soportaba Sacristán en Ciempozuelos; por otra parte, a la escasez de medios técnicos en el laboratorio de Ciempozuelos y, también, por la dedicación a tareas de divulgación sobre la situación asistencial española. De cualquier modo, aunque no pudiera dedicarse con profundidad a dichos estudios, fue capaz de crear un espíritu investigador entre sus colaboradores, iniciando

⁵²⁶Sacristán y Negrín (1918), Sacristán (1918b).

⁵²⁷Sacristán, Salas y Fanjul (1930) y Sacristán y Salas (1930).

estudios en diversas áreas como el metabolismo hidrocarbonado en la psicosis, el metabolismo del calcio en la epilepsia y sobre el líquido cefalorraquídeo.⁵²⁸

Sacristán consideró siempre de gran interés para el avance de la psiquiatría la investigación de tipo bioquímico, metabólico o humoral, que debía ser realizada por psiquiatras:

El estudio de las alteraciones humorales en psiquiatría y neurología constituye hoy, de una parte, un medio de diagnóstico imprescindible, y de otra, representa, especialmente en psiquiatría, uno de los caminos fundamentales de la investigación. Ello exige una subespecialización dentro de estas disciplinas. Delegar esta labor en manos de técnicos no especializados en psiquiatría y neurología es grave falta. El dato necesario, meramente práctico, puede, ciertamente, obtenerse por cualquiera de aquellos; pero la valoración exacta, la interpretación precisa y, sobre todo, el establecimiento de correlaciones unívocas entre determinados síntomas y el resultado de la investigación analítica humoral, no pueden alcanzarse, rigurosamente, si el técnico analista no posee, además, competencia psiquiátrica y neurológica.⁵²⁹

Los cuatro trabajos señalados anteriormente están dedicados a diferentes temas. El primero⁵³⁰ trata sobre el significado diagnóstico de la *Tuschreaktion* (reacción con tinta china) en el líquido cefalorraquídeo. Analizan el método propuesto por dos autores húngaros (Benedek y Thurzó) para una nueva reacción coloidal del líquido cefalorraquídeo, en la que eligen como coloide una solución de tinta china (partículas de carbón de diferente magnitud y de carga eléctrica negativa en agua destilada). Sacristán, Salas y Fanjul, con una rigurosa metodología, aplican el método en veinticuatro casos (de epilepsia, esquizofrenia y parálisis general), concluyendo, en contra de la tesis de los autores húngaros, que dicho método no aporta datos de carácter específico capaces de auxiliar al diagnóstico.

Al hilo de este artículo cabría puntualizar que, siendo Sacristán un habitual introductor en España de las ideas y avances de la psiquiatría foránea, no presenta una actitud pasiva que acepta todo lo que proviene de fuera de nuestras fronteras. Existe un espíritu crítico y estudioso capaz de comprobar y analizar de modo personal la literatura científica. No era habitual, por entonces, la presencia de

⁵²⁸Sacristán (1931c), p. 9.

⁵²⁹Sacristán (1936c), p. 13.

⁵³⁰Sacristán, Salas y Fanjul (1930).

autores españoles en revistas extranjeras,⁵³¹ y menos poniendo en entredicho a autores no nacionales.

En la segunda publicación⁵³² realizan un estudio de las proteínas en el líquido cefalorraquídeo en la epilepsia esencial, siguiendo el método descrito por Kafka y Samson. Consideran que dicho método es excelente para la determinación cuantitativa de las proteínas en el líquido cefalorraquídeo en las enfermedades orgánicas del sistema nervioso central que se acompañan de alteraciones patológicas del mismo (parálisis progresiva, tabes, meningitis, etc.).

Los dos últimos artículos están dedicados a uno de los trastornos mentales a los que mayor dedicación tuvo: la psicosis maniaco-depresiva. En uno estudia el metabolismo del bromo y en el otro el metabolismo hidrocarbonado en dicho trastorno. En el primero de ellos da cuenta de los resultados que obtiene replicando el trabajo realizado por Zondek y Bier, utilizando su misma técnica.⁵³³ Parte del hecho descrito por estos autores del descenso del nivel del bromo en la sangre en la psicosis maniaco-depresiva endógena. El material de estudio estaba formado por trece enfermas del manicomio de Ciempozuelos con diagnóstico claro de psicosis maniaco-depresiva y diez casos control. Concluye que el nivel del bromo en la sangre en la psicosis maniaco-depresiva endógena aparece disminuido de forma regular y constante, tanto en las fases maniacas como en las melancólicas, y que tiende a normalizarse cuando el cuadro clínico mejora, en coincidencia con los resultados de Zondek y Bier.⁵³⁴

En la literatura actual, el estudio de los electrolitos en los trastornos afectivos ha desaparecido casi totalmente del panorama de la investigación,⁵³⁵ pese a haberse hallado en los primeros estudios cambios en diversos electrolitos, y haberse descubierto la importancia del litio en el tratamiento de la psicosis maniaco-depresiva.

En el segundo (que fue su tesis doctoral) se plantea si las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado observadas en la psicosis maniaco-depresiva son específicas de este trastorno, si son consecuencia del factor afectivo, de anomalías

⁵³¹Recordemos que este artículo se publicó en la *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*.

⁵³²Sacristán y Salas (1930).

⁵³³Sacristán y Peraíta (1933).

⁵³⁴Este trabajo de Sacristán es citado por Mira (1935), p. 496.

⁵³⁵Talbott (1989), p. 418.

constitucionales del sistema vegetativo, alteraciones provocadas por el proceso psíquico patológico primario o por el proceso biológico de la senilidad. Tras repasar las principales hipótesis patogenéticas de la psicosis maniaco-depresiva (Burnke, Krasser, Parhom, Stransky, Ewald, Meynert, Thalbitzer, Helweg, Kraepelin, Anglade, Jaquin, Reichardt, Lange, H. Fischer, Georgi y L. Adler), expone los resultados más importantes, consignados en la literatura, de la exploración funcional del metabolismo hidrocarbonado en las psicosis afectivas. A continuación describe los resultados propios obtenidos en treinta y ocho casos, siguiendo el método de Hagedorn-Jensen y emite sus conclusiones entre las que cabe destacar que la causa de la alteración del metabolismo hidrocarbonado en la psicosis maniaco-depresiva es un estado de hiperexcitabilidad del sistema vegetativo que, a su vez, es consecuencia de la totalidad del proceso psíquico.⁵³⁶

En la actualidad estos estudios han sido superados por los nuevos conocimientos en ramas como la neurología y endocrinología. Hoy día sabemos que en el metabolismo hidrocarbonado intervienen otras hormonas además de la insulina, como el glucagón, la hormona del crecimiento, la hormona adrenocorticotropa, la tiroxina, el cortisol y la epinefrina o adrenalina. Así pues, del original estudio básico del metabolismo en sangre y orina se ha pasado al estudio de las sustancias que lo regulan como las hormonas y los neurotransmisores. Heredero de estos estudios podría considerarse el actual test de supresión de la dexametasona.

Sacristán dominaba con soltura las diferentes técnicas de laboratorio y realizaba, en la medida de sus posibilidades, estudios sobre diferentes aspectos del metabolismo, confirmando, en unos casos, los resultados obtenidos por otros autores y, en otros, ofreciendo su casuística y sus propios hallazgos.

La búsqueda de pruebas de laboratorio que permitan el diagnóstico de una enfermedad mental ha ocupado y ocupará a la psiquiatría científica. Sacristán estaba en la línea de aquellos que buscaban tal respuesta.

⁵³⁶Sacristán (1934).

CAPÍTULO 10: LA CONCEPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA Y DE LA ENFERMEDAD MENTAL

10.1. LA CONCEPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA

Sacristán llega al mundo de la psiquiatría de la mano de Kraepelin y lo hace en un lugar, Alemania, y en una época, en que la psiquiatría como ciencia estaba llegando a sus más altas cotas.

En el período que abarca desde 1876 hasta 1910, el método clínico alcanza cierta perfección y llega hasta el límite de sus posibilidades.⁵³⁷

Sacristán llega a Alemania en 1912 y comienza su formación en el campo de la clínica y de la investigación en laboratorio, siempre bajo la dirección de Kraepelin. A pesar de que en el momento en que Sacristán llega a Alemania ya hay autores que han contestado la doctrina kraepeliniana, como Bleuler, Bonhöffer o Hoche, él continúa considerando válidas las concepciones de Kraepelin, tanto en su nosografía como en la importancia de la investigación bioquímica o neuropatológica.

A finales del siglo XIX, en Alemania, se iniciaba el período llamado psiquiatría universitaria; se crearon cátedras en Berlín, Gotinga, Zurich, Viena, Heidelberg, Bonn y Leipzig. Esta psiquiatría se orientó principalmente en un sentido neuropsiquiátrico, cuyos representantes más destacados fueron Meynert y Wernicke. El desarrollo de la microscopía en Alemania, junto a esta orientación neuropsiquiátrica conduce a la publicación de numerosos artículos sobre la anatomía y patología del cerebro, que se mostraron, en general, ineficaces para la psiquiatría, lo que conlleva un retorno a la clínica. Poco a poco se va fraguando la escuela clínica, que se potencia con la figura de Kahlbaum, y cristaliza con Kraepelin.⁵³⁸

Este desarrolla su clasificación en un intento de facilitar el avance psiquiátrico, recogiendo la idea expuesta por Kahlbaum acerca de la necesidad de la clasificación en psiquiatría:

Resulta evidente que la psiquiatría no puede lograr progreso alguno hasta que no se haya conseguido la base de toda

⁵³⁷Bercherie (1980), p. 87.

⁵³⁸Ackernecht (1979), pp. 119-23.

ciencia: la clasificación del objeto científico, es decir, el conocimiento ordenado de los fenómenos particulares.⁵³⁹

Para Kraepelin lo decisivo es el conocimiento de las formas clínicas, el cual solo puede conseguirse por la observación junto al lecho del enfermo. Ve con claridad el fracaso de la anatomía patológica y de las teorías localizacionistas y conserva la esperanza en los estudios metabólicos.⁵⁴⁰

Sacristán expone en un texto tardío⁵⁴¹ su visión acerca de este momento en el que Kraepelin llega a la psiquiatría: Al separarse la psiquiatría del resto de la patología y comenzar a labrarse su propio camino siguió las huellas de la medicina interna y erigió en unidades nosológicas los síntomas psicopatológicos. La psiquiatría en sus comienzos confirió la categoría de unidades nosológicas, por ejemplo, a las alucinaciones, a las monomanías del psiquiatra francés Esquirol, al delirio de Arnold y a la llamada *moral insanity* de Prichard. En aquel tiempo, el enfermo no era diagnosticado de una sola enfermedad, sino de varias; todo dependía del número de síntomas que presentara. Más tarde, los síntomas fueron reunidos y nacieron los síndromes, que en Alemania se llamaban también *Zustandbilder*, como la melancolía, la manía, la confusión mental, etc. Con uno u otro calificativo perduró este estado de cosas hasta mediados del siglo XIX. Los síndromes fueron sometidos a un estudio más detallado respecto de su estructura psicológica, llegándose a un conocimiento más profundo de los mismos. Meynert describe la amencia y Wernicke propugna el análisis psicológico. Pero, siguiendo este camino, la posibilidad de descubrir entidades nosológicas constituía un objetivo inalcanzable por el fracaso del modelo anatómico. Ni en la parálisis general ni en otros procesos cerebrales los síntomas psíquicos concomitantes son característicos. La parálisis general, por ejemplo, es prueba evidente de que un mismo proceso cerebral orgánico puede provocar los más variados cuadros clínicos.

Sacristán se pregunta: ¿Por qué no acudir, en vista de este fracaso, al principio etiológico que en medicina interna constituía un excelente medio para conseguir este objetivo? La teoría de la predisposición y la herencia, que gozó de gran boga entre los psiquiatras franceses, era consecuencia del punto de vista etiológico

⁵³⁹Kahlbaum (1863), p. 44.

⁵⁴⁰Ackernecht (1979), p. 124.

⁵⁴¹Sacristán (1946a).

(recuérdense las psicosis degenerativas de Magnan, Morel, Legrand de Saulle). Sabido es que para aquellos psiquiatras había alteraciones psíquicas en las que la herencia desempeñaba un papel y otras que eran exclusivamente hereditarias: las psicosis de los degenerados.

Pero si el camino sintomatológico y el anatomopatológico no conducían a la posibilidad de aislar y delimitar entidades nosológicas en psiquiatría, ¿cómo había, pues, que proceder? ¿No sería debido este fracaso a que las diversas formas clínicas de las alteraciones psíquicas eran tan solo estadios de una sola y única psicosis? Como consecuencia de este razonamiento nace el concepto de psicosis única. El triunfo de los somáticos sobre los psíquicos fue motivo de que en Alemania este concepto fuera aceptado y adquiriera gran preponderancia. El paladín de la psicosis única en Alemania fue Neumann. Guislain preparó el terreno para que fructificara la hipótesis de la psicosis única y G. R. Arndt fue un gran defensor de dicha teoría.

Estos contados datos históricos son, para Sacristán, necesarios para poder determinar con exactitud la situación de la psiquiatría cuando Kraepelin adviene a ella y valorar debidamente la significación y trascendencia de sus doctrinas.

La concepción psiquiátrica de Sacristán no solo se nutre de Kraepelin sino de toda la psiquiatría alemana, que él mismo extiende no solo a las escuelas alemanas sino a las austriacas y suizas. Considera fundamental para el progreso de la ciencia en España la difusión de dichas corrientes:

Juzgando serenamente, nadie puede negar hoy que para llevar a cabo una labor seria y científica dentro del campo de esta disciplina, no puede prescindirse de la constante contribución de estos pueblos al progreso de la Psiquiatría. Nosotros, que no poseemos ciencia propia en esta rama de la Medicina, como en otras muchas, no debemos apartarnos de las fuentes de la literatura alemana si no queremos fomentar aún más nuestro vergonzoso atraso.⁵⁴²

Sacristán se encuadra en el modelo médico somaticista de la psiquiatría germana y pretende desarrollar y difundir en España dicho modelo. Para él, la psiquiatría es una ciencia médica, de gran interés práctico. Sacristán es tajante:

La psiquiatría es esencialmente clínica psiquiátrica y sus métodos de trabajo son los de la clínica somática. Nada de

⁵⁴²Sacristán (1920c).

extraño tiene, pues, que la Psiquiatría se nos aparezca como una ciencia hermana de las restantes disciplinas médicas.⁵⁴³

El estudio de los fenómenos que se observan en el enfermo psíquico, o sea, los hechos positivos, son lo que constituye la psiquiatría científica o, mejor dicho, la estructura científica de la psiquiatría.^{544 545}

Sacristán ante la cuestión de cuál es la estructura científica de la psiquiatría plantea una finalidad práctica que debe interpretarse en relación con unas leyes determinadas:

En el trabajo psiquiátrico se diferencian dos tendencias que corresponden a dos finalidades totalmente diferentes. En primer término, una finalidad práctica, esto es, la ordenación científica del caso aislado y su interpretación con arreglo a leyes determinadas. El psiquiatra se halla ante cada caso en la necesidad, desde un punto de vista social que le impone la práctica de la vida de determinar normativamente su diagnóstico, su terapéutica y su pronóstico. Ahora bien; el diagnóstico clínico es una forma inductiva de ordenación del caso aislado determinada por reglas y leyes de un valor supuesto, procedentes de los diferentes estadios de la evolución de la Psiquiatría y que no necesitan, en realidad, no solo no ser explicadas, ni siquiera ser exactas. Lo esencial es que permitan la ordenación del caso aislado y al mismo tiempo aporten una explicación del mismo, que condicione el pronóstico. El diagnóstico en Psiquiatría desde el punto de vista prospectivo y social es de importancia primaria. (...)

La realización de las finalidades prácticas de la Psiquiatría en el momento presente no precisa de una arquitectónica severa, rígida, que condicione la aplicación de los métodos descritos. (...) La ordenación nosológica y la determinación de los síntomas precisan tan solo de una actitud convencional de índole práctica. (...) El diagnóstico psiquiátrico y sus supuestos científicos constituyen el punto de partida de una investigación ulterior más científica. La clínica es, fundamentalmente, la escuela de nuestra conducta práctica, y, al mismo tiempo, la tierna madre de la ciencia psiquiátrica.⁵⁴⁶

⁵⁴³Sacristán (1932d), p. 297.

⁵⁴⁴Los originales mecanografiados de las conferencias del curso que dictó Sacristán en Caracas, inéditos, se citarán según se indica en el índice: como "Venezuela", el núm. de conferencia, la fecha si la hubiera y la página.

⁵⁴⁵Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-49), p. 23.

⁵⁴⁶Sacristán (1932d), pp. 313-4.

Sacristán es consciente de las dificultades que aún tiene la psiquiatría para reconocerse plenamente como ciencia y, citando a Jaspers, dice:

... suele objetarse a los psiquiatras que la psiquiatría no ha llegado todavía al estado de ciencia, sino que en ella significa todavía más la llamada "*Kennterschaft*",⁵⁴⁷ es decir, cabría traducir, el arte, algo puramente personal. Pero esto no tiene porque inquietarnos, ni molestarnos, ni desanimarnos.⁵⁴⁸

La psiquiatría no debe apartarse del camino científico puesto que "la psiquiatría es, entre todas las ramas de la medicina interna, quizá la más expuesta a ser víctima de osadas y peregrinas especulaciones que con gran frecuencia caen dentro del más puro charlatanismo, en perjuicio del enfermo".⁵⁴⁹

Siempre se mostró crítico con todos los métodos y posturas no científicas en el campo psiquiátrico:

(...) De todos los puntos tratados hay uno, el referente a la "Primera visita al enfermo mental", cuya lectura recomendamos a nuestros prácticos, muy aficionados al uso de pintorescas estratagemas al presentarse por primera vez ante un enfermo mental, reñidas con el actual criterio de la Psiquiatría y absolutamente anticientíficas.⁵⁵⁰

Consideraba que el estudio y la investigación científica eran las herramientas que permitirían a la psiquiatría desarrollarse:

La psiquiatría -se ha dicho hasta la saciedad- se halla en pleno devenir, en pleno desarrollo, es, pudiera decirse, la hermana menor de la medicina interna, a veces, no tomada suficientemente en serio precisamente a causa de su minoría de edad. (...) No desdeñemos, pues, los problemas, asustados de su magnitud, sino tratemos de desentrañarlos, de estudiarlos, seamos, en una palabra, no solo médicos prácticos sino investigadores clínicos serios y veraces, tratemos de inquirir la razón de las cosas. Yo me permitiría que guardaran bien en su memoria la célebre frase de Virgilio: (...) Dichoso aquel que

⁵⁴⁷Este término es traducido en la *Psicopatología General* de Jaspers, de Editorial Beta, de 1980, como "pericia".

⁵⁴⁸Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-49), p. 4.

⁵⁴⁹Sacristán (1946a), p. 5.

⁵⁵⁰Sacristán (1920f), p. 308.

puede conocer la razón de las cosas. Este debe ser nuestro lema.⁵⁵¹

El objetivo fundamental que persigue la investigación psiquiátrica es, para Sacristán, "la determinación precisa de unidades nosológicas psiquiátricas autónomas". Dicho objetivo no puede alcanzarse únicamente con el principio de investigación base de la clasificación de Kraepelin.⁵⁵²

Sacristán concedía un gran valor a la investigación en psiquiatría. Su inicial adhesión a la concepción kraepeliniana no le impidió posteriormente reconocer la insuficiencia del principio nosológico de Kraepelin. En los años previos a la guerra civil ya puede encontrarse una aproximación a otras corrientes, en las que depositó grandes expectativas, como la constitucionalista:

El problema central de la investigación clínica en psiquiatría no es otro -como recientemente ha señalado Kurt Schneider- que el planteado por las relaciones del síntoma psíquico con el proceso morboso. El estudio de estas correlaciones de dependencia, o, mejor dicho, la posibilidad de establecerlas de un modo unívoco es lo que constituye hoy el principio clínico que debe dirigir nuestras investigaciones clínicas. Este punto de vista -no es obvio recordarlo- ha desplazado totalmente al criterio etiológico preconizado en su día por KRAEPELIN. (...) El principio nosológico de KRAEPELIN, según el cual iguales causas provocaban idénticos síntomas, idéntico curso e idénticas alteraciones anatomopatológicas, no puede ser admitido actualmente.⁵⁵³

...nuestro establecimiento sigue hoy las tendencias que en la Psiquiatría moderna han impreso los llamados constitucionalistas (Gaupp, Kretschmer) y los psicológicos, como Berze, desviándose cada vez más del criterio kraepeliniano que en un principio dirigió nuestra actividad científica.⁵⁵⁴

A pesar de reconocer la insuficiencia del principio nosológico kraepeliniano para la investigación clínica, siempre consideró válida la investigación de las enfermedades mentales por medio del análisis de la base orgánica de las mismas. En

⁵⁵¹Venezuela, 18ª conferencia, s/f, p. 70.

⁵⁵²Sacristán (1946a), p. 3.

⁵⁵³Sacristán (1933a), p. 871.

⁵⁵⁴Sacristán (1931c), p. 10.

los años cincuenta, en sus últimas publicaciones, aún afirma la validez del principio médico kraepeliniano que busca la causa orgánica de las enfermedades mentales:

Recientemente ha escrito Kurt Schneider que la finalidad de la psiquiatría -(...) como ciencia médica, es el descubrimiento de la sintomatología somática de las psicosis indispensable para el diagnóstico y nosotros nos permitimos añadir por nuestra cuenta que además sería el hilo de Ariadna que nos guiaría por el intrincado laberinto del mecanismo interno de las psicosis endógenas. Esta finalidad -mejor dicho, este remoto ideal- señalado por Kurt Schneider no es, en nuestro sentir, diferente del principio médico científico natural preconizado por Kraepelin en su día, o expresado en otros términos, la investigación de la esencia de las enfermedades psíquicas mediante el análisis de la base orgánica de las mismas.⁵⁵⁵

Sacristán expone de una forma mucho más sencilla y rotunda su concepción somática en sus clases en el Instituto de Estudios Penales:

...la Psiquiatría es la ciencia que estudia las enfermedades mentales. Naturalmente que, teniendo los procesos psíquicos su origen en el cerebro necesitamos conocer este órgano. Podemos decir que enfermedades mentales son enfermedades del cerebro.(...) Todos los procesos psíquicos tienen lugar en el sistema nervioso central y, especialmente, en el cerebro.⁵⁵⁶

Siempre mostró interés por los aspectos neuropatológicos de la Psiquiatría, a pesar de la tendencia a considerar dicha vía agotada. Su postura ecléctica le condujo a no desdeñar casi ninguna de las aportaciones somáticas o psicológicas de la psiquiatría. Así, en 1920, al hilo de una reseña sobre la Histopatología del sistema nervioso de W. Spielmeier, dice:

Cuanto nos interesamos por la patología del sistema nervioso, echábamos de menos un libro dedicado especialmente a la histopatología, que, junto a la labor de la totalidad de los investigadores, encerrara nuevas sugerencias y nos diera idea de las posibilidades de esta ciencia -especialmente por lo que a la anatomía patológica de las psicosis se refiere- hoy en aparente de cadencia. Esta tendencia moderna de un gran grupo de psiquiatras alemanes -no hay actualmente fuera de

⁵⁵⁵Sacristán (1955a), pp. 550-1.

⁵⁵⁶Tomado del cuaderno de apuntes de la asignatura de Psicopatología, del curso 1933-34, de los alumnos Calixto Beláustegi Más, José Sarrablo Aguarcel y Pablo Pérez Cano, pp. 1-2.

América del Norte, ningún otro país de mayor actividad psiquiátrica-, de considerar agotada a la histopatología como ciencia auxiliar de la Psiquiatría, que marca una mutación en la dirección de la investigación de la esencia de las psicosis francamente psicológica de innegable valor y trascendencia, necesitaba ser, ciertamente en parte, contrarrestada con energía por los histopatólogos modernos. Si el temor de un absoluto somatismo dentro de la psiquiatría (la mitología cerebral de Jaspers) ha hecho reaccionar a las nuevas escuelas psiquiátricas alemanas (Freud, Bleuler y Jaspers principalmente) en un sentido puramente psicológico con indiscutible éxito, sería temerario abandonarse en esta novísima dirección y desdeñar seguras posibilidades de la histopatología para el conocimiento de las psicosis.⁵⁵⁷

Sacristán se alinea con el modelo "médico-práctico" kraepeliniano. Asimiló el espíritu objetivo del pensamiento científico-natural de su maestro. Como discípulo de Kraepelin, concibe la psiquiatría desde un punto de vista estrictamente científico; sin embargo, tiene en cuenta las dificultades que ello conlleva y considera esencial la cuestión práctica clínica ante el paciente: "...lo que nos interesa es el enfermo aislado, el individuo enfermo para atenderle como médicos y aliviarle o curarle".⁵⁵⁸

Sin embargo, también considera importante el abordaje de los problemas teóricos que permitirán el avance de la psiquiatría con ideas propias:

En una ocasión dije en España, hace ya algunos años, que la teoría no debe desdeñarse en psiquiatría, ni, desde luego en ninguna otra rama de la medicina interna y estas palabras que entonces pronuncié me permito repetirlas aquí en esta ocasión aconsejando a los futuros psiquiatras venezolanos que no se aparten de los problemas teóricos psiquiátricos, sino que se interesen por ellos, pues de este modo contribuirán al progreso de la psiquiatría con ideas propias y originales y no vivirán una vida científica exclusivamente parasitaria pendiente de la labor ajena.⁵⁵⁹

Consideró siempre de suma importancia y validez los supuestos de la psiquiatría clásica, que no debe ser olvidada, sino enriquecida con los nuevos avances:

⁵⁵⁷Sacristán (1924h).

⁵⁵⁸Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-49), p. 8.

⁵⁵⁹Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-49), pp. 23-4.

La psiquiatría clásica, actualmente en mi país, parece que no merece ya la atención principal por parte de los jóvenes psiquiatras, ni tampoco por parte de algunos más maduros. En estos últimos años he tenido la dolorosa experiencia de notar que las ideas fundamentales, las ideas básicas, que constituyen los cimientos de la psiquiatría moderna son, al parecer, quizás me equivoque en mi apreciación, ignoradas. Y por ello, ustedes se habrán percatado que en ninguna de mis explicaciones, si ello tenía interés, he dejado de exponer aquellos criterios de los grandes maestros de la psiquiatría universal, a la cabeza de los cuales se halla Kraepelin. (...) ...han de pasar todavía muchos años hasta que el nombre de Kraepelin se recuerde tan solo como una anécdota en la historia de la psiquiatría. No olvidemos lo clásico, como tampoco dejemos de estar muy atentos a los avances de nuestra disciplina. Lo uno no excluye a lo otro.⁵⁶⁰

Sacristán se mostró siempre muy interesado por el desarrollo en España de una investigación psiquiátrica propia:

... Justifica, además, esta publicación el cumplimiento de una obligación a la que no podemos substraernos los psiquiatras españoles: la formación de una literatura nacional a base de nuestra propia experiencia, dentro, naturalmente, de la máxima severidad científica. En la psiquiatría española toca a su fin el período de receptividad. (...). Si por el momento, desgraciadamente, no nos es dado disponer de fuerzas creadoras propias, capaces de imprimir (*sic*) nuevos rumbos a la psiquiatría o de dirigir la investigación desde puntos de vista originales, estamos obligados, en cambio, a someter determinados aspectos de nuestra ciencia a la propia experiencia y a no aceptar, sin más, los resultados de la investigación ajena como artículos de fe por el hecho de ser importados.⁵⁶¹

La concepción que tiene Sacristán de la psiquiatría es coincidente con la de los principales psiquiatras de la escuela madrileña, en la que hay un claro predominio somaticista. No ocurre lo mismo en la escuela de Barcelona, en la que uno de sus máximos representantes, Emilio Mira, en su *Manual de Psiquiatría*, al definir la Psiquiatría, critica, por insuficientes e imprecisas, aquellas concepciones que la consideran la parte de la Patología que estudia las enfermedades del cerebro, y da su propia definición bastante alejada de las encontradas en Sacristán y otros

⁵⁶⁰Venezuela, 18ª conferencia, s/f, pp. 69-70.

⁵⁶¹Sacristán (1936c), pp. 13-4.

autores madrileños: "Psiquiatría es la parte de la medicina que estudia las alteraciones morbosas de los estados de conciencia y de la conducta humana, con el fin de corregirlas".⁵⁶²

Vallejo Nágera, en su *Tratado de Psiquiatría*, comienza con la definición de Psiquiatría de Kraepelin, que es, para él, la que siguen la mayoría de los autores.⁵⁶³

Hacia el final de los años cuarenta, podemos encontrar la idea de Sacristán, tamizada por el paso del tiempo, la experiencia y los avances psiquiátricos, acerca del concepto de la psiquiatría:

La psiquiatría es una ciencia en pleno devenir, pero en ella van quedando lentamente una serie de conceptos clínicos inmutables y de observaciones clínicas paradigmáticas que constituyen una experiencia de gran trascendencia práctica y de suma significación social en beneficio del enfermo psíquico. La terapéutica actual de las enfermedades mentales aparece a una nueva luz y sus resultados aún no definitivos y por tanto discutibles han colocado al psiquiatra en situación más airosa que antaño cuando se hallaba casi inerme frente a los problemas clínicos que a diario surgían en su práctica. Esto es lo que caracteriza a la fase actual de la psiquiatría, aún cuando todavía en un período de puro empirismo, de puro trabajo práctico -como v. Braunmühl- al cual seguirá el período teórico, explicativo, en el que se resuelvan las innumerables cuestiones derivadas de este empirismo.⁵⁶⁴

Sin perder nunca de vista el modelo médico de enfermedad, Sacristán va evolucionando en su pensamiento psiquiátrico. Su llegada a la psiquiatría coincide con un momento en que los estudios anatomopatológicos están siendo superados, ante su fracaso para la explicación de las enfermedades mentales. La búsqueda de alteraciones metabólicas que aportaran alguna luz en la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, es el campo en el que Sacristán, siguiendo las ideas de Kraepelin, inicia su concepción de la enfermedad mental. El fracaso en el descubrimiento de los síntomas somáticos de dichos trastornos conduce a Sacristán a la búsqueda de nuevos enfoques y aportaciones que permitan una mejor atención a los enfermos. Deposita una gran confianza en las teorías constitucionalistas⁵⁶⁵ y

⁵⁶²Mira (1935), p. 35.

⁵⁶³Vallejo Nágera (1954), p. 1.

⁵⁶⁴Reseña del *Tratado de Psiquiatría* de Vallejo Nágera. Salvat ed. Barcelona. 1945. No localizado el lugar de publicación.

⁵⁶⁵V. capítulo 12.3.

acepta una mayor influencia de las tendencias psicologicistas. Paulatinamente va adoptando una actitud cada vez más práctica que beneficie al enfermo mental y piensa que a la fase empírica de la psiquiatría le seguirá una fase explicativa de las cuestiones psiquiátricas no resueltas.

También puede encontrarse en Sacristán la referencia a dos aspectos psiquiátricos de importancia actual como son la reinserción social y el coste económico:

La Psiquiatría práctica moderna pretende en primer término - como es lógico- alcanzar con la máxima rapidez la curación del enfermo psíquico susceptible de ella y en segundo lugar, mantenerle en el máximo grado social posible durante la enfermedad y en los estados residuales de ésta, evitando todo peligro que tienda a abreviar su vida.

Si, por otra parte, se considera que gran número de enfermedades psíquicas sigue un curso crónico, que muchas de ellas comienzan en la edad juvenil, preciso es, desde un punto de vista económico social, que la psiquiatría práctica procure que el enfermo se reintegre lo antes posible a su vida social anterior, bien totalmente, o, por lo menos, en el rango más próximo a aquella. (...).

La larga duración de las enfermedades psíquicas, el creciente aumento de ellas, son factores que condicionan la asistencia desde un punto de vista económico. Debe, pues, procurarse que el coste de la asistencia oficial no signifique un pesado lastre presupuestario, difícil de sobrellevar; pero, precisa también, que no se desatiendan las normas psiquiátricas e higiénicas modernas. Hay que equilibrar ambos factores en forma tal que no salga perjudicado el enfermo. (...) Y si el Estado no atiende debidamente en sus presupuestos la asistencia psiquiátrica, entonces, ésta será primitiva, anticientífica y estéril.⁵⁶⁶

En resumen, puede afirmarse que, para Sacristán, la Psiquiatría es una rama de la medicina, que debe guiarse por los principios científicos más puros, manteniendo la mayor objetividad posible, evitando dogmatismos y posturas rígidas. Considera esencial la práctica psiquiátrica y la investigación clínica pero sin olvidar las cuestiones teóricas. Concede gran importancia al estudio y a la investigación científica que permitirán el desarrollo de la psiquiatría y señala la necesidad de

⁵⁶⁶ Conferencia pronunciada en Octubre de 1932 durante la sexta reunión de la Asociación Española de neuropsiquiatras, titulada "Pasado y Presente de la asistencia psiquiátrica". Inédita.

contar con una investigación propia que evitara la dependencia del extranjero. El mismo define su actitud psiquiátrica con dos palabras: ecléctico e hipercrítico.⁵⁶⁷

10.2. EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL. LO NORMAL Y ANORMAL EN LA ESFERA PSÍQUICA

Con respecto al problema planteado de ¿qué es estar enfermo de la mente?, ó ¿cómo proceder para distinguir lo normal de lo anormal, de lo patológico en la esfera de lo psíquico?, Sacristán sigue fielmente las ideas expuestas por Karl Jaspers en su *Psicopatología General* y llega a afirmar que es el autor que mejor ha tratado la cuestión del concepto de enfermedad:

Este autor, que en nuestro sentir no ha sido, a pesar de los años, superado por ningún otro autor en lo que respecta al modo de tratar esta cuestión afirma que el médico no tiene un concepto definido de salud, de normalidad, sino que le dirige una idea de normalidad.⁵⁶⁸

Lo que, en general, es estar enfermo de la mente depende menos del juicio del médico que del juicio del paciente y de los conceptos dominantes en la cultura de un país. El mismo estado psíquico lleva a un individuo con el título de enfermo al psiquiatra y a otro, que no se cree enfermo, sino en estado de culpabilidad, de pecado, al confesionario. Estas palabras de Sacristán, pronunciadas en Venezuela, son extraídas de forma casi literal de la *Psicopatología General* de Jaspers.

En su curso en Venezuela (1949), Sacristán expone las ideas de este autor acerca del concepto de enfermedad mental:

Jaspers tiene razón cuando dice que al afirmar "esto es patológico", en ello hay un resto todavía, un vestigio de la idea arcaica de enfermedad, según la cual, las enfermedades no serían más que entes que se apoderan del hombre. En suma, cabría decir con el autor citado, ante algo que calificamos sin más de patológico: ésto es un proceso deplorable desde varios puntos de vista, o: ésto es un proceso que, según todas las apariencias o seguramente muy pronto tendrá como consecuencia algo más adverso (la muerte o la pérdida de las facultades psíquicas) (...). Ahora bien, cuando nos planteamos la cuestión de si algo es patológico, lo hacemos, bien para

⁵⁶⁷ Pueblo, 23-6-1950.

⁵⁶⁸ Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-49), p. 5.

tranquilizarnos con la respuesta negativa o como disculpa moral en caso afirmativo o para rebajar un valor. En cualquiera de estos casos cometemos un error, dice Jaspers.⁵⁶⁹

Utiliza los conceptos de término medio y valorativos, sobre los que Sacristán dice:

Solo en lo más grosero de lo psíquico puede utilizarse el término medio para juzgar la enfermedad. En lo psíquico hay que valorar una serie de factores de nuestra personalidad, cuya armonía, en último extremo, constituiría la normalidad. Es decir, una serie de conceptos valorativos. El concepto valorativo trajo consigo que los límites de lo psíquico sufrieran una serie de enormes oscilaciones, y que en épocas remotas se considerara como causa del desvarío mental al diablo, al pecado o a la culpa. Más tarde, se conceptuaron tan solo enfermos de la mente a los idiotas y a los locos furiosos, pero en el curso del tiempo el círculo fue ampliándose y se añadió además el punto de vista de la utilidad social, entre otros. En tal forma que fueron y son incluidas las más heterogéneas realidades psíquicas, es decir, que el concepto de enfermedad psíquica incluye todos los valores no positivos, esto es, aquello que es negativo, frente a lo sórito y positivo de la persona humana. Esto es también erróneo porque integra valores positivos, como acontece en determinadas personalidades geniales, en las cuales la enfermedad es condición de ciertos rendimientos inexistentes en el llamado hombre normal. Recuérdense los casos del pintor Van Gogh, el de Strindberg y el del poeta Hölderlin, entre otros.⁵⁷⁰

Son, básicamente, ideas tomadas de Jaspers. También pueden encontrarse referencias a estos conceptos, de forma similar, en el *Tratado de psiquiatría* de Vallejo Nágera, al hablar del concepto de enfermedad.⁵⁷¹

González de Pablo⁵⁷² afirma que la obra de Jaspers se introduce de forma tardía en España (hacia 1950) y que solamente una obra de aquella época, la tesis doctoral de Martín Santos, recogió aspectos del pensamiento de Jaspers. La *Psicopatología General* de Jaspers, cuya primera edición se editó en 1913, no se tradujo al castellano hasta 1951; sin embargo, Sacristán era conocedor y propagador de esta obra desde los años veinte. Pueden encontrarse referencias a Jaspers en

⁵⁶⁹Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-49), pp. 6-7.

⁵⁷⁰Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-49), p. 6.

⁵⁷¹Vallejo Nágera (1954), p. 1-2.

⁵⁷²González de Pablo (1987), pp. 642-3.

trabajos suyos de 1923⁵⁷³, 1924⁵⁷⁴, 1925⁵⁷⁵ y 1929⁵⁷⁶. En su curso en Venezuela (1949) demuestra un amplio conocimiento del pensamiento de Jaspers y también en 1953 expone las ideas de Jaspers acerca de la personalidad.⁵⁷⁷ En 1924⁵⁷⁸ pueden encontrarse las siguientes palabras de Sacristán, que denotan su conocimiento del pensamiento de Jaspers: "...el autor pretende en su libro un ensayo de asociación entre la fenomenología (en sentido de Husserl exclusivamente, no en el dado por Jaspers en su psicopatología, que no es otro que el de una psicología descriptiva), la psicología...".

González de Pablo⁵⁷⁹ afirma que uno de los aspectos más positivos de la psiquiatría de Jaspers, que más tarde se convirtió en uno de los pilares de su pensamiento, permaneció ignorado en nuestro país: su antidogmatismo y su insistencia para mantenerse abierto a todos los métodos posibles para el conocimiento del hombre enfermo.

No puede aplicarse esta idea a Sacristán,⁵⁸⁰ pues dentro del marco biologicista en que se desarrolla su actividad psiquiátrica, se muestra abierto a las diversas tendencias, con posturas conciliadoras y alejado de dogmatismos, en un intento continuo de permanencia en la objetividad, como deja claramente expuesto:

Evitemos también los entusiasmos desmedidos por una u otra escuela, las posturas rígidas, galvanizadas, busquemos la verdad donde creamos sinceramente que puede hallarse y sacudámonos de encima como si fuera un bichejo maligno el escepticismo que no conduce más que a la esterilidad.⁵⁸¹

Nada de extraño tiene que el médico interesado por la Psiquiatría prejuzgue esta ciencia desde un punto de vista unilateral: el somatológico. El negocio de la ciencia (...) necesita del espíritu de diversos puntos de vista. Todo punto de vista

⁵⁷³Sacristán (1923a), p. 201.

⁵⁷⁴Sacristán (1924a), (1924c).

⁵⁷⁵Sacristán (1925d), p. 416.

⁵⁷⁶Sacristán (1929c), pp. 361-2.

⁵⁷⁷Sacristán (1953a), pp. 208-11.

⁵⁷⁸Sacristán (1924i), p. 259.

⁵⁷⁹González de Pablo (1987), pp. 642-3.

⁵⁸⁰Nos referimos en concreto a este autor por ser el objeto de esta tesis, pero también podría plantearse hasta qué punto son dogmáticos y cerrados autores como Sanchís Banús, Mira, Lafora, Llopis o Valenciano.

⁵⁸¹Venezuela, 18ª conferencia, s/f, p. 70.

único conduce a la limitación, al angostamiento, no sólo metodológico, sino interpretativo.⁵⁸²

Sacristán distingue dos actitudes diferentes con respecto al concepto de enfermedad mental: la del psicopatólogo puro y la del psiquiatra. Desde un punto de vista psicopatológico, como dice Jaspers, no hay un concepto de enfermedad puro, libre de objeciones. Sin embargo, al clínico le es forzoso trabajar con conceptos reales o provisionales que le permitan, dentro de la esfera puramente empírica en que se mueve, llegar a conclusiones útiles para sus enfermos. Ello no quiere decir que eluda el problema teórico, ni implica que olvide que su ciencia pertenece al círculo de la ciencia natural y que solo a modo de complemento debe ocuparse de cuestiones de naturaleza meramente especulativa. De lo contrario corre el riesgo de caer en la llamada psiquiatría pura. Una psiquiatría desligada en absoluto de la clínica, adscrita exclusivamente a las ciencias del espíritu, que trabaja solamente con conceptos psicológicos.⁵⁸³

Sacristán no elude el problema conceptual de la enfermedad mental, reconoce su relatividad y considera necesario contar con elementos reales que permitan progresar en la ayuda del enfermo mental.

10.3. LA CONCEPCIÓN PATÓGENICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL. EL ACCIDENTE PSÍQUICO

En cuanto al problema de la concepción patogénica de la enfermedad en psiquiatría, Sacristán expone en un artículo publicado en 1932 las ideas de Kronfeld,⁵⁸⁴ con la finalidad de "estimular el interés teórico por la Psiquiatría, tan escaso, por desgracia, en nuestro medio profesional". No pretende imponer su visión acerca del valor del principio psicológico o somatológico en la investigación clínica psiquiátrica, sino exponer los problemas de los medios psicológicos de conocimiento en Psiquiatría.

Considera que el concepto patogénico de enfermedad de la patología somática no es totalmente aplicable a la clínica psiquiátrica. Para la aplicación del concepto

⁵⁸²Sacristán (1932d), p. 295.

⁵⁸³Sacristán (1929c), pp. 361-3.

⁵⁸⁴Tomadas de dos artículos de Kronfeld: *Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis* y *Die Psychologie in der Psychiatrie*.

patogénico de enfermedad de la medicina somática a la clínica psiquiátrica se necesitaría suponer que lo psíquico puede ser explicado por lo somático de un modo absoluto y total. Si esto fuera así, las enfermedades psíquicas serían enfermedades corporales, somáticas, y lo psíquico no sería más que un epifenómeno; el elemento psíquico perdería toda su significación, no sería más que una señal de lo somático. Por ello, no es posible "que la nosología clínica alcance su objetivo plenamente sin una base psicológica autónoma del concepto de sus síntomas".⁵⁸⁵

El objeto fundamental de la investigación psiquiátrica y la materia prima que el psiquiatra intenta conocer es el accidente psicopatológico en sus modos de manifestación, es decir, el síntoma.

Sacristán aborda el problema siguiendo fielmente las ideas expuestas por Kronfeld y considera que el conocimiento del accidente psíquico desde el punto de vista psicológico plantea dos grupos de problemas. El primero lo constituirían, de una parte, los problemas engendrados por el hecho mismo de lo psíquico, o sea, el concepto de anormalidad, sus límites, sus causas y la extensión de su aplicación; y, por otra parte, la determinación de lo psíquico. El segundo grupo lo constituirían los problemas metodológicos, es decir, el problema de los métodos que permitan alcanzar el conocimiento científico del hecho psíquico observado.

El accidente psíquico ajeno lo podemos caracterizar merced a nuestra capacidad de comprensión de lo ajeno gracias a la empatía. Si aplicamos el concepto de ciencia a lo psíquico anormal nos encontramos con dos tendencias opuestas. De una parte, la tendencia sustantiva del concepto científico hacia lo general, y, de otra, la tendencia individual del accidente psíquico. De aquí, que se hayan querido identificar ambas tendencias, respectivamente, con los modos de investigación de las ciencias naturales y con los de las ciencias del espíritu.

En el primer grupo, lo individual constituye el punto de partida para llegar al establecimiento de leyes generales por medio de una analogía previa entre los procesos psíquicos y los corporales y sometiendo aquellos al modo usual de investigación, empírico o inductivo, de las ciencias naturales: observación, análisis, descripción, normas explicativas, etc. Su criterio explicativo será el causal-mecanicista; según este punto de vista, el proceso psíquico sería una consecuencia de un sistema de causas y efectos cuyas fuerzas se hallan ocultas. Los métodos basados en este punto de vista son la fisiología del movimiento, la psicopatología

⁵⁸⁵Sacristán (1932d), pp. 298-9.

elemental, la psicopatología experimental, la psicopatología de la conducta, la del trabajo, la de los modos de expresión y de las reacciones, la descriptiva estática, la funcional y la explicativa dinámica.⁵⁸⁶

Con respecto al segundo grupo, se precisa un método de investigación que establezca como finalidad, como objetivo del conocimiento, lo individual, es decir, los fenómenos psíquicos del propio yo. Lo más sencillo sería, desde luego, conceder a los resultados de la empatía, de la *Einfühlung*, la categoría de conocimiento científico y limitarse al análisis de ésta. A éste criterio corresponde la psicopatología comprensiva. Concede a la empatía el valor de conocimiento de lo psíquico, al cual llama comprender (Dilthey, Jaspers, Kurt Schneider y otros). Este método ha sido muy fecundo en pedagogía y psicopatología, pero sus resultados prácticos no pueden considerarse como conocimiento científico. Otros métodos de investigación de este grupo serían la fenomenología (la cual no es más que un modo de conocimiento descriptivo, que no intenta explicaciones ni pretende establecer clasificaciones sistemáticas), la psicopatología interpretativa del sentido de lo individual (la cual considera al individuo como una totalidad psicofísica) y el análisis existencial.⁵⁸⁷

Sacristán finaliza exponiendo su idea acerca de la tendencia que considera de más futuro en la investigación psiquiátrica:

La tendencia que en mi sentir ofrece hoy mayores garantías de fecundidad en la investigación psiquiátrica es la tendencia psicofísica, estructural analítica de la personalidad, que, en síntesis, inquiere las determinantes psíquicas del accidente psíquico anormal desde el punto de vista de la totalidad funcional.⁵⁸⁸

Para Sacristán es de fundamental interés el estudio del síntoma, del accidente psíquico aislado. Prueba de ello es su intención, no culminada, de publicar un libro dedicado a tal tema. Reproducimos parte de lo que parece ser su introducción:

El presente libro intenta, tan solo, servir de introducción al estudio de la psiquiatría clínica general y especial. En él se estudia el fenómeno psicológico anormal independientemente de su etiología y patogenia, desligado totalmente de su significación clínica como síntoma de enfermedad, considerado,

⁵⁸⁶Sacristán (1932d), pp. 298-300.

⁵⁸⁷Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-49), pp. 11-13.

⁵⁸⁸Sacristán (1932d), p. 314.

por tanto, en el sentido estricto de la llamada Psicología patológica o ciencia de las variaciones anormales de lo psíquico. En este sentido se intenta informar al lector español sobre el estado actual de nuestros conocimientos en el campo de esta disciplina psicológica. La literatura extranjera cuenta, ciertamente, con excelentes tratados de Psicología patológica, como p. ej. los de GRUHLE Y K. SCHNEIDER que sería vano pretender superar. No es ésta la intención del autor. No obstante, nuestra literatura científica carece, por lo menos en Psiquiatría, de tratados informativos de autores nacionales y el estudioso se encuentra obligado a recurrir a la producción extranjera, inaccesible para algunos. Con objeto de subsanar, en parte, esta deficiencia he creído pertinente publicar este libro que deseo sirva de utilidad al que por primera vez se acerca al campo de las anormalidades psíquicas y pueda orientarle en sus primeros pasos, siempre necesitados de guía.⁵⁸⁹

Puede observarse en Sacristán que, junto a su interés por la clínica psiquiátrica, existe una preocupación por las cuestiones teóricas de la psiquiatría; cuestiones que aborda en diferentes trabajos en los que pueden encontrarse referencias a las principales figuras psiquiátricas alemanas, como Kraepelin, Jaspers, Birnbaum, Kretschmer, Gröhle y Bleuler, y otros autores no tan conocidos en España, como Kronfeld.

La concepción que tiene Sacristán de la psiquiatría y de la enfermedad mental se presenta siempre dentro del modelo médico científico, con un predominio de la perspectiva somática pero sin olvidar los elementos psicológicos. Considera que el accidente psíquico anormal debe abordarse desde la totalidad funcional.

⁵⁸⁹Manuscritos inéditos de Sacristán.

CAPÍTULO 11: LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

11.1. LA NOSOLOGÍA KRAEPELINIANA

Con la obra de Pinel se inició la psiquiatría científica y la organización anatomoclínica. La psiquiatría contemporánea española evolucionó desde esta nosografía anatomoclínica basada en la obra de Pinel, hasta la mentalidad clínico-nosológica centrada en la obra de Kraepelin. Este realizó la mayor sistematización nosológica de las enfermedades mentales, integrando los criterios sintomatológico, anatomopatológico y etiológico, significando la culminación de la nosología científiconatural positivista.⁵⁹⁰

La incorporación de la nosología kraepeliniana a la psiquiatría española viene de la mano de la llamada "generación de Archivos de Neurobiología" (Fernández Sanz, Lafora, Mira, Sacristán, Sanchís Banús, Vallejo, Villaverde...) y de sus "maestros" (Cajal, Achúcarro, Simarro...).

La psiquiatría como ciencia se asienta en las grandes capitales españolas, y lo hace tomando como ejemplo el modelo alemán en el que la mayoría de ellos había estado inmerso al menos temporalmente. Cuando acuden nuestros científicos a Alemania la situación de la psiquiatría en este país se encuentra ya en gran parte bajo el manto de Kraepelin. Los cambios ocurridos en la segunda mitad del siglo XIX, con las aportaciones de Griesinger, Neumann, Arndt, Wernicke y otros, permiten la obra de Kahlbaum, con el que surge la necesidad de una descripción precisa de los síntomas, que intenta fundar una nueva nosografía psiquiátrica que sirve para que Kraepelin, algo después, logre plasmar su sistema que ha seguido vigente hasta nuestros días.

Desde que Sacristán vuelve a Madrid utiliza la nosología kraepeliniana, hasta el punto de que, en 1924, propone que la clasificación de Kraepelin se adopte de manera oficial en España. Su fidelidad y reconocimiento al modelo kraepeliniano se mantuvo durante toda su vida profesional, aunque nunca de forma rígida y cerrada. La clasificación de Kraepelin supone "la cristalización del principio de investigación,

⁵⁹⁰Navarro (1991), pp. 34-5.

consecuencia de la asociación de los puntos de vista anatomopatológico, etiológico y clínico".⁵⁹¹

El profundo conocimiento de la obra de Kraepelin permite a Sacristán explicar la evolución de éste. En 1883 Kraepelin se mantenía dentro del principio sintomatológico y su propósito era establecer una serie de síndromes. En solo tres años cambia su punto de vista y son la etiología, los síntomas, la anatomía patológica, el curso y la terminación la base de su sistemática nosológica. Los cuadros que tienen la misma etiología, estructura formal psicológica, evolución, anatomía patológica, curso y terminación constituyen unidades nosológicas naturales.⁵⁹²

Así, en 1949, en Caracas, al hablar sobre las clasificaciones en psiquiatría, dice:

Recordarán los que me escuchan y hayan leído el manual de psiquiatría de Bleuler (citamos a este autor por su indudable autoridad), el cual taxativamente dice al ocuparse de esta cuestión "que en psiquiatría como en medicina somática hay el hábito de utilizar diferentes principios de clasificación o agrupamiento de las enfermedades psíquicas, aún cuando todavía hay muchas enfermedades psíquicas que no conozcamos, pero gracias a Kraepelin, disponemos de un punto de vista que nos permite, frente al desamparo en que antes de él nos encontrábamos, pisar un terreno más firme". Por este motivo, Bleuler se atiene en su manual a la clasificación de Kraepelin, que -como este autor subraya- es admitida y conocida en todo el mundo, mientras otras son tan solo utilizables por determinadas escuelas.⁵⁹³

También advierte a sus alumnos que "... en nuestras descripciones nos atendremos principalmente al orden establecido por Kraepelin en todo lo que sea posible".⁵⁹⁴

Sacristán intuye que los avances en el plano científico permitirán una mayor precisión en el conocimiento y clasificación de los trastornos mentales y, por tanto, la posibilidad futura de que Kraepelin quede superado:

⁵⁹¹Sacristán (1946a), p. 11.

⁵⁹²Sacristán (1946a), p. 8.

⁵⁹³Venezuela, 5ª conferencia, s/f, p. 1.

⁵⁹⁴Venezuela, 5ª conferencia, s/f, p. 5.

Claro es, que ésto no quiere decir, que no se pueda llegar algún día, cuando nuestro conocimiento psiquiátrico sea más profundo y amplio, a una agrupación diferente que quizás corresponda a un punto de vista diferente del de Kraepelin y de otros psiquiatras contemporáneos.⁵⁹⁵

Sacristán expone las críticas del propio Kraepelin a su sistema y destaca la actitud de flexibilidad:

Kraepelin reconocía que algunos de los cuadros psicopatológicos incluidos en su clasificación son tan sólo, intentos de presentar en forma didáctica, provisional, el material clínico de observación. Hay numerosos casos que no pueden ser adscritos a un determinado lugar del sistema, lo que es causa de inseguridad para el principiante y para el especialista experimentado.⁵⁹⁶ No era pues la actitud de Kraepelin frente a su agrupación de los trastornos mentales una actitud intransigente y rígida, sino flexible, cabría decir liberal y atenta siempre a sus críticas.⁵⁹⁷

González de Pablo⁵⁹⁸ considera que la nosografía kraepeliniana en España se caracteriza por "una rigidez monolítica". No parece que sea ésta la actitud de Sacristán. En su curso en Venezuela, si bien sigue la nosología kraepeliniana, no deja de exponer las ideas de Jaspers sobre la clasificación de las psicosis, así como las aportaciones de Kretschmer, de Bleuler y de Bumke. Es significativo la forma en que finaliza su conferencia acerca de las clasificaciones en Psiquiatría:

Con lo dicho no he pretendido otra cosa que dar una idea general de la significación de las agrupaciones o clasificaciones clínicas psiquiátricas desde un plano meramente crítico y procurando mantenerme en un punto medio alejado de todo tipo de prejuicio de escuela. Porque no sólo en Psicopatología - según la conocida frase de Jaspers- la serie de caminos existentes se complementa sino también en psiquiatría clínica ocurre lo mismo.⁵⁹⁹

⁵⁹⁵Venezuela, 5ª conferencia, s/f, p. 1.

⁵⁹⁶Sacristán (1946a), p. 1.

⁵⁹⁷Venezuela, 5ª conferencia, s/f, pp. 3-4.

⁵⁹⁸González de Pablo (1987), p. 640.

⁵⁹⁹Venezuela, 5ª conferencia, s/f, p. 15.

Aún más explícito se muestra al exponer el valor y significado que tiene toda sistemática clínica psiquiátrica. Sacristán está de acuerdo con Luxenburger, Gaupp y Kraepelin, haciendo suyas las palabras de Luxenburger:

Todas nuestras clasificaciones clínicas, mejor dicho nosológicas, han nacido de una necesidad y no puede prescindirse de ellas a causa del orden y la pulcritud. No obstante constituirían un daño si a causa de consideraciones prácticas la sistemática nosológica se erigiera en canon y este canon reconociera en ellas la intangibilidad del dogma. Ahora bien, la clasificación en cuestión puede ser establecida en consideración a la higiene general o a la higiene de la herencia, pero para la investigación y principalmente para la investigación de la herencia no hay ninguna clasificación rígida, como tampoco puede haber ningún sistema rígido erigido en canon.⁶⁰⁰

Se opone a toda rigidez dogmática porque "lo dogmático en una ciencia en formación como la psiquiatría implicaría estancamiento y renuncia a toda posibilidad de nuevos conocimientos. Nuestra ciencia quedaría anquilosada y estéril".⁶⁰¹

Sacristán considera que las ideas de Kretschmer son un complemento para la nosología kraepeliniana, y que en ningún momento suponen una crítica a Kraepelin:

La posición de Kretschmer frente a Kraepelin no traduce, como algunos han supuesto, una crítica negativa; todo lo contrario. No es, como literalmente dice Kretschmer, el grito pesimista de Casandra que lanza Hoche: "¡Volvamos al síndrome!". Kretschmer no quiere síndromes áridos, sino cuadros patológicos vivientes, cuya accesibilidad señaló ya Kraepelin, aún cuando sí superando su idea de unidad nosológica. No síndromes, en efecto, pero tampoco unidades nosológicas - termina Kretschmer - sino dualidades y pluralidades nosológicas; en lugar de muros artificiales, la libre vista sobre el amplio juego de las fuerzas psíquicas, bajo el signo del empirismo vivo y del infatigable optimismo de Kraepelin.⁶⁰²

Sacristán tenía un profundo conocimiento de la obra de Kraepelin, en sus fuentes originales alemanas, y consideraba que, en España, no se conocía suficientemente su obra:

⁶⁰⁰Sacristán (1946a), p. 27.

⁶⁰¹Sacristán (1946a), p. 27.

⁶⁰²Sacristán (1946a), p. 19.

... a lo largo de más de treinta años de actividad psiquiátrica y de casi ininterrumpido estudio de la literatura he llegado al convencimiento de que, en general, especialmente en nuestro país, suele juzgarse muy a la ligera y sin un conocimiento profundo de la misma la labor de Kraepelin.⁶⁰³

Sacristán expone su visión de la clasificación de Kraepelin en su curso en Caracas: "Su clasificación, téngase bien presente, nace de su criterio etiológico clínico, por tanto, utiliza para su agrupación las causas conocidas o probables de los diversos cuadros clínicos, así como las formas del curso, y se apoya también, en lo posible, en los resultados de las autopsias".⁶⁰⁴

Es de destacar que Sacristán, aún en 1949, prefiera seguir la última clasificación realizada por Kraepelin (la de la 8ª edición de su tratado de psiquiatría) en vez de la que, posteriormente a Kraepelin, fue adoptada por la Sociedad Alemana de Psiquiatría. Dicha clasificación fue el resultado de las deliberaciones de los psiquiatras de mayor autoridad de Alemania, está dirigida por el principio etiológico y es muy semejante a la de Kraepelin; es la adoptada por Lange en su manual de psiquiatría y por Mira López en el suyo.

Sacristán describe su visión de la clasificación de Kraepelin que "agrupaba las psicosis en cinco grupos principales, los cuales a su vez subdividía en una serie de formas clínicas particulares".⁶⁰⁵

El primer grupo son las enfermedades debidas a causas somáticas externas, que terminan por la curación o, más raramente, en un estado demencial incurable o la muerte. Serían las alteraciones psíquicas debidas a traumatismos cerebrales, intoxicaciones, infecciones y las debidas a alteraciones endocrinas, que, según Kraepelin, pueden adscribirse al segundo grupo, con el que guardan relaciones de parentesco.

El segundo grupo lo constituyen las enfermedades cuyas causas son desconocidas, pero con gran probabilidad no se trata de procesos externos. Se trata de afecciones incurables que terminan en una acusada enfermedad mental. Incluye los tumores cerebrales, megalencefalia, enfermedades basadas en un desarrollo patológico del embrión, idiocia amaurótica, corea de Huntington, esclerosis tuberosa, etc. De mayor importancia serían las alteraciones psíquicas arterioescleróticas, las

⁶⁰³Sacristán (1946a), p. 4.

⁶⁰⁴Venezuela, 5ª conferencia, p. 1.

⁶⁰⁵Venezuela, 5ª conferencia, s/f, pp. 1-3.

psicosis del presenium y de la senilidad, y, principalmente, la esquizofrenia, las parafrenias y la epilepsia esencial.

El tercer grupo reúne las formas de enfermedad producidas por influencias psíquicas. El "agotamiento nervioso", "la depresión psíquica", "la neurosis de espera", "la locura inducida" originada por influencia psíquica, el delirio de persecución de los sordos, las neurosis de terror, las neurosis de guerra, las neurosis de renta, las neurosis traumáticas y las alteraciones mentales psicógenas de los presos y el delirio de los querulantes. Común a todas estas formas es el pronóstico favorable una vez que cesan las causas.

El cuarto grupo lo forman las psicosis constitucionales, las cuales representan, esencialmente, formas de expresión de una disposición patológica. Está integrado por afecciones en su mayor parte de curso crónico, que transcurren en forma fásica, de accesos. Este grupo incluye la psicosis maniaco depresiva, la paranoia, la histeria, la nerviosidad, la neurosis obsesiva, la psicosis impulsiva y las aberraciones sexuales.

En el quinto grupo incluye los estados patológicos congénitos. Entre sus causas se encuentra la herencia, las afecciones del embrión por enfermedad o intoxicaciones de los padres. Incluye las personalidades psicopáticas y las oligofrenias.

La clasificación nosológica de Kraepelin en la octava y última edición de su tratado dispone de diecisiete clases, que se corresponden con los grupos de Sacristán que se indican:

KRAEPELIN	SACRISTÁN
1.-Locura de las heridas del cerebro	Grupo 1
2.-Locura de las enfermedades del cerebro	Grupo 1
3.-Intoxicaciones	Grupo 1
4.-Locuras infecciosas	Grupo 1
5.-Debilitamientos sifilíticos	Grupo 1
6.Demencia paralítica	Grupo 1
7.-Locuras seniles y preseniles	Grupo 1
8.-Locuras tiroidógenas	Grupo 1
9.-Demencias endógenas	Grupo 2
10.-Epilepsia	Grupo 2

11.-Locura maniaco-depresiva	Grupo 4
12.-Enfermedades psicógenas	Grupo 3
13.-Histeria	Grupo 4
14.-Paranoia	Grupo 4
15.-Estados patológicos constitucionales	Grupo 5
16.-Personalidades psicopáticas	Grupo 5
17.-Detención del desarrollo psíquico (oligofrenias)	Grupo 5

Kraepelin considera estrictamente exógenas las siete primeras clases, como estrictamente endógenas-constitucionales las siete últimas (11 a 17). El grupo intermedio (clases 8, 9 y 10) está constituido por las psicosis de causa oscura, probablemente autotóxicas, por lo tanto asimilables a las psicosis exógenas del primer grupo, pero con una parte importante de predisposición, como en el segundo grupo.⁶⁰⁶

Sacristán considera válido el criterio etiológico para el agrupamiento de las psicosis, así como el curso. Gracias a este último se logró establecer "dos grandes grupos de psicosis, no de enfermedades, sino grupos, como dice Bleuler". De acuerdo con éste autor, Sacristán reconoce la imposibilidad de intentar una clasificación de las psicosis únicamente por el curso.⁶⁰⁷

Sacristán fue uno de los más destacados introductores y defensores de la nosología kraepeliniana en España, habiendo sido el promotor de la adopción de forma oficial en España (propuesta que fue aprobada en la Asamblea fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, celebrada en Barcelona en 1924) de dicha clasificación. Pese a ello reconoció la provisionalidad de dicha clasificación. Consideraba que las clasificaciones surgían de una necesidad, que no podía prescindirse de ellas pero que no debían convertirse en dogmas.

11.2. LAS UNIDADES NOSOLÓGICAS

En 1859 lanzó Neumann su tesis de la psicosis única que fue contestada por Kahlbaum, en 1863, con su concepto de "unidades de enfermedad mental". Dicho

⁶⁰⁶Bercherie (1986), p. 170.

⁶⁰⁷Venezuela, 5ª conferencia, s/f, p. 5.

concepto es tomado por Kraepelin para hacer una de sus grandes aportaciones, la delimitación de dos grandes grupos que son la demencia precoz y la locura maniaco depresiva.⁶⁰⁸

La evolución histórica del concepto de unidades nosológicas es vista por Sacristán de la siguiente forma:

El concepto de unidad nosológica psiquiátrica se inicia con Kahlbaum, que diferenció cuadros clínicos y enfermedades, y, en el curso de la enfermedad, la fase del accidente morbosos total. Para establecer las formas de enfermedad que Kahlbaum consideraba unidades nosológicas, tenía en cuenta la totalidad de los síntomas, la etiología y muy especialmente el curso y la terminación. Denominó a su método "método clínico" y con él describió su cuadro clínico de la catatonía. Hecker, siguiendo el mismo método, estableció la unidad nosológica llamada hebefrenia.

Kraepelin va a crear su sistema nosológico apoyado en Kahlbaum, y considera que solo se puede establecer un concepto de enfermedad psíquica cuando se conocen las causas, la sintomatología, el curso, el término y las eventuales alteraciones anatomopatológicas.⁶⁰⁹

Sacristán (ya desde los años veinte) es claramente consciente de que en psiquiatría la determinación de formas de enfermedad con arreglo a este principio se logra con cierta aproximación sólo en una mínima parte.

Para Kraepelin constituyen unidades nosológicas naturales los cuadros clínicos de idéntica etiología, idéntica estructura formal psicológica, idéntico hallazgo anatomopatológico e idéntico curso y terminación.⁶¹⁰

En uno de sus más destacados trabajos,⁶¹¹ Sacristán aborda el problema de la existencia de unidades nosológicas independientes en psiquiatría, centrándose en los dos grandes grupos de enfermedades individualizados por Kraepelin: la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva. Reconoce que el principio nosológico-clínico en el que se basa la sistemática de Kraepelin es insuficiente y son necesarios otros caminos.⁶¹²

⁶⁰⁸Sanchez Martín (1956), pp. 139-41.

⁶⁰⁹Sacristán (1946a), pp. 7-8.

⁶¹⁰Sacristán (1946a), p. 8.

⁶¹¹Sacristán (1929c).

⁶¹²Sacristán (1929c), p. 360.

Destaca que, tras la determinación de unidades nosológicas según la sistemática de Kraepelin, existe una tendencia al estudio del síndrome aislado, bajo el prisma aportado por Jaspers:

Hoy se tiende a profundizar en lo subjetivo, en las formas de reacción y en las vivencias del enfermo (fenomenología de Jaspers). De aquí el interés extraordinario que en el momento presente se concede al análisis del caso aislado (investigación tipológica en el sentido de Jaspers). Actualmente, el estudio del caso clínico no se detiene en su faz externa -(...)-, sino que se extiende a la totalidad de la vida del individuo (investigación prepsicótica) y a la de su círculo familiar íntegro (constitución y herencia). En suma, la vida psíquica considerada desde un máximo de puntos de vista enfocados, esencialmente hacia el lado etiológico-patógeno.⁶¹³

Para Jaspers la idea de unidad nosológica no puede realizarse en ningún caso porque el conocimiento de la coincidencia de las mismas causas, que producen síntomas, curso y terminación semejantes, presupone un conocimiento previo de todas las correlaciones posibles entre estos elementos. "La idea de unidad nosológica es en realidad una idea (concepto) en sentido kantiano: el concepto de un problema cuya solución yace en el infinito". Sin embargo, supone un punto de orientación verdadero para la investigación empírica.⁶¹⁴

A continuación analiza dos nuevos métodos de investigación clínica, el análisis estructural de las psicosis de Birnbaum y el diagnóstico polidimensional de Kretschmer. Sin embargo, aclara que los conceptos de Kraepelin mantienen su validez:

...en nuestra exposición no aparece de un modo palmario un triunfo decisivo sobre el principio nosológico-clínico. los conceptos clínicos aislados por Kraepelin permanecen aún en pie y gracias a ellos -(...)- ha sido posible que el estudio de la herencia de las enfermedades mentales haya entrado en un camino serio y científico...⁶¹⁵

En este trabajo de Sacristán pueden apreciarse no solo sus amplios conocimientos de las principales ideas psiquiátricas germanas, que sintetiza y

⁶¹³Sacristán (1929c), p. 361.

⁶¹⁴Sacristán (1929c), p. 362.

⁶¹⁵Sacristán (1929c), pp. 364-5.

expone en España, sino su objetividad a la hora de exponerlas. También se observa su preocupación por la aplicación práctica de las cuestiones que trata y el progresivo avance científico de la psiquiatría:

Sea uno u otro el porvenir que el futuro reserve a estas nuevas tendencias, es innegable que de ellas se desprende una enseñanza de gran valor práctico para el clínico. Esto es, que ya ha pasado la época que con un pequeño número de síntomas, de carácter objetivo, podía establecerse sin más, un diagnóstico. Ya no puede satisfacernos un diagnóstico en el cual juega el papel principal la intuición y en el que todo se reduce a cuestiones de nombre. El psiquiatra práctico, (...), precisa de un análisis cuidadoso, lento y detallado de cada caso particular, en el cual deben apurar todos los medios antes de sentar afirmaciones diagnósticas.⁶¹⁶

Considera de suma importancia para la consideración de las dos grandes psicosis como entidades independientes el esclarecimiento de las psicosis atípicas endógenas que no serían más que un producto mixto de elementos esquizofrénicos y maníacodepresivos.⁶¹⁷

En otro trabajo crítico, Sacristán se plantea como proceder para lograr la delimitación de formas autónomas de enfermedad psíquica. El punto de partida serían los casos en los cuales el origen, la sintomatología, el curso y la terminación coinciden exactamente. Con los casos que no corresponden exactamente se forman otros grupos no muy nutridos, cuyo grado de parentesco se reconoce sin dificultad. Esta labor de desmembración permite agrupar diversas formas con arreglo a sus modificaciones particulares, las cuales constituyen el escalón indispensable para la obtención de cuadros clínicos de una misma naturaleza. A este trabajo analítico seguiría el de recopilación de los datos encontrados. Los grupos pequeños integrados por formas y círculos de formas aislados desde puntos de vista más amplios se asociarían estableciéndose sus límites con arreglo a las diferencias más sobresalientes.⁶¹⁸

Tras exponer cuidadosamente el pensamiento de Kraepelin acerca de las unidades nosológicas, analiza las objeciones realizadas a las tesis kraepelinianas, principalmente la de Hoche, para el cual el intento de aislar entidades nosológicas en

⁶¹⁶Sacristán (1929c), p. 365.

⁶¹⁷Sacristán (1929c), p. 391.

⁶¹⁸Sacristán (1946a), p. 10.

psiquiatría constituía "la persecución de un fantasma"; Hoche no admitía el paralelismo entre el síntoma y la alteración cerebral. Autores como Binswanger, Kramer, Siemerling, Mayer, Neisser y Cimbál se suman a las tesis de Hoche. También expone la opinión negativa de Bumke, Bleuler y Jaspers.⁶¹⁹

Ante la actitud negativa frente a la posible existencia de unidades nosológicas en psiquiatría, se plantea la siguiente cuestión: ¿Existen realmente enfermedades, según el concepto corriente de enfermedad o solo formas de reacción? Sacristán reproduce lo manifestado por Pophal al respecto y admite que este punto de vista, según el cual las alteraciones psíquicas deben ser consideradas como formas de reacción preformadas del cerebro, junto con la idea de la no-especificidad de los estímulos desencadenantes, han contribuido al progreso de la psiquiatría, especialmente en el terreno de la epilepsia. Kraepelin también reconoce la no-especificidad de los estímulos, pero "no cae en el error de otros autores de considerar las enfermedades psíquicas únicamente como tipos de reacción".⁶²⁰

Finaliza reconociendo que "los problemas que la psiquiatría clínica plantea en la actualidad permanecen aún pendientes de solución".⁶²¹

En resumen, el concepto de unidad nosológica es tratado por Sacristán de forma amplia y profunda, demostrando su preferencia por los autores germanos y su conocimiento de las principales aportaciones psiquiátricas de la época, que difunde en España a través de sus trabajos. Sacristán acepta y difunde la concepción kraepeliniana y, a pesar de reconocer su insuficiencia, le concede un innegable valor práctico. Se muestra abierto a nuevas aportaciones como las de Jaspers, Kretschmer o Birnbaum que serían necesarias para abordar un diagnóstico nosológico. En el fondo de sus planteamientos late siempre un interés práctico que permita una mejor atención al enfermo mental, pero sin olvidar nunca la necesidad de profundizar en las cuestiones teóricas de la psiquiatría.

⁶¹⁹Sacristán (1946a), pp. 11-9.

⁶²⁰Sacristán (1946a), pp. 20-2.

⁶²¹Sacristán (1946a), p. 25.

CAPÍTULO 12: PSICOPATOLOGÍA

Para poder realizar un acercamiento a los conceptos psicopatológicos de Sacristán debemos acudir principalmente al contenido de sus clases de psicopatología en el Instituto de Estudios Penales⁶²² en los años 1933 al 36 y a algunos artículos publicados en los que trata solo de forma parcial algunos aspectos psicopatológicos. Hay que tener en cuenta que las clases iban dirigidas a funcionarios de prisiones y, por tanto, tienen un carácter elemental.

El curso que dicta en Venezuela en 1949 está dedicado a la psiquiatría clínica y no a la psicopatología, por ello advirtió en su conferencia inaugural que fundamentalmente se iban a dedicar a la psiquiatría clínica, es decir, a la psiquiatría "como actividad médica práctica" y no a la psicopatología, "es decir a la Psiquiatría como ciencia". Sin embargo recuerda que siempre hay que tenerla presente pues sin sus conceptos nada puede hacerse; "la Psicopatología es un medio auxiliar a todas luces indispensable".⁶²³

En sus cursos en el Instituto de Estudios Penales se refiere a la psicología patológica o psicopatología como la ciencia de lo psíquico anormal y añade que la psicología patológica es una disciplina psicológica cuya finalidad es el estudio de los fenómenos psíquicos anormales desde un punto de vista exclusivamente psicológico, es decir, como variaciones anormales del accidente psíquico independientemente de su significación clínica. Por el contrario, la psicopatología es una parte de la patología cuyo objetivo fundamental es igualmente el estudio de la alteración psíquica pero como síntoma de enfermedad.⁶²⁴

12.1. PSICOLOGÍA

Sacristán considera básico el conocimiento previo de los conceptos psicológicos fundamentales para poder entrar en el estudio de la vida psíquica

⁶²²Sacristán. IEP, (2-4-1936), p. 1. Las enseñanzas de Sacristán en el Instituto de Estudios Penales se conservan en forma de textos mecanografiados. Como se indicó en el índice nos referiremos a ellas como "Sacristán. IEP", la fecha (si la hubiere), y la página.

⁶²³Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-49), p. 3.

⁶²⁴Extraído de las notas para la realización de un libro sobre sintomatología psíquica general de las enfermedades mentales y/o Psicología patológica. No se llegó a publicar y solo se conservan una decena de folios.

anormal. Por psicología "se entiende hoy -dicho en términos estrictos- la ciencia de lo psíquico o de la vida psíquica"; lo psíquico es "todo cuanto con mayor o menor intensidad llega a nuestra conciencia, o dicho en otros términos: todo aquello de lo cual tenemos experiencia interna o que vivimos".⁶²⁵

En las nociones previas sobre psicología, Sacristán muestra, una vez más, su actitud hipercrítica, reconociendo la insuficiencia de las dos tendencias psicológicas imperantes: la psicología fisiológica y la psicología introspectiva:

Todos Vds. saben que la psicología fue en sus principios objeto exclusivo de la filosofía y hasta un cierto límite -dice un psiquiatra alemán- continuará siéndolo. Las ciencias naturales entablaron una lucha violenta contra esta tendencia. Así nació la llamada psicología fisiológica. Psicología fisiológica no quiere decir más que la aplicación a los fenómenos psíquicos de los principios y de la metodología de las ciencias naturales. Ahora bien, los resultados así obtenidos no es posible que los admitamos sin una severa y cuidadosa crítica. Pero ¿podríamos preguntarnos, hasta que punto ha sido vencida la tendencia filosófica pura? ¿No estaremos por lo que al resultado final se refiere como al principio?⁶²⁶

Si sometemos a nuestra crítica los límites de la metodología fisiológica, ¿qué obtendremos? ¿Qué es lo que nosotros podemos medir y pesar en la esfera de lo psíquico? Tan sólo aquellos procesos psíquicos que son consecuencia de un estímulo físico o aquellos otros fenómenos de conciencia que se traducen en manifestaciones somáticas o corporales. En suma, los extremos de la compleja cadena de los fenómenos de nuestra conciencia, los dos últimos eslabones de ella, lo que entre ellos queda escapa a nuestro conocimiento. Los estímulos que empleamos son ciertamente susceptibles de ser medidos, el mismo fenómeno psíquico en cierto modo puede ser conducido o dirigido por nosotros en un determinado sentido, las reacciones orgánicas provocadas por los primeros pueden ser examinadas y analizadas. Pero, -y esto es lo esencial y que quiero hacer resaltar ante Vds.- lo que en nuestra psique acontece, el proceso de nuestra conciencia, queda fuera de nuestro experimento, de nuestro análisis. De aquí que a este tipo de psicología, a la psicología fisiológica o experimental se le haya llamado "psicología sin alma". Todos sus esfuerzos quedan detenidos en el umbral de nuestra conciencia. La vida de nuestra alma no queda, (...), descubierta, aclarada, mediante este sistema.- No es posible psicología alguna sin la autoobservación, sin la introspección. Lo que es vivencia (experiencia), lo que es vivido por la conciencia solo puede ser

⁶²⁵Sacristán. IEP, (26-3-1936), p. 1.

⁶²⁶Sacristán. IEP, (5-2-1935), sin número de página.

descrito por el que lo vive. Quien se limite a estudiar y analizar las manifestaciones externas, somáticas o corporales de las vivencias psíquicas cometerá un grave error si cree que lo que hace es psicología. Esto no quiere decir que aquel no llegue a obtener una serie de datos de sumo interés y valor; pero jamás podrá adscribirlos a la esfera de lo psicológico.

Pero la autoobservación, la introspección tiene numerosas causas de error. Conviene aclararlas. El hombre sano -dice Bumke a este respecto- suele hallarse poco dispuesto para la autoobservación y aquel que se desvia del tipo medio corre el riesgo de percibir cosas que no son normales. De aquí el valor del método estadístico aunque lo insólito analizado de este modo nos sirva de mucho en nuestras investigaciones. No podemos tampoco prescindir de la llamada psicología de la vida diaria. ¿Por qué? Por que toda ciencia ha nacido de las necesidades que nos impone la vida de todos los días. Y una psicología que se alejara de la vida quedaría reducida a lo que antes dije a Vds., a una psicología sin alma. Los límites de la psicología son hoy tan amplios y extensos que precisa de numerosas ciencias auxiliares sin las cuales no le sería posible el más mínimo progreso, quedaría estancada, ahogada en la artificialidad de sus límites.⁶²⁷

Para Sacristán, es la psicología médica la que nos ha de servir como instrumento primero para nuestro conocimiento, si bien considera que no existe una psicología médica como disciplina científica autónoma que lleve tal nombre. "Al decir psicología médica no queremos decir más que ciencia de experiencia y no en modo alguno debe entenderse como tal, una ciencia que dispone de conceptos propios, capaz de ser diferenciada del resto de las ciencias". La entiende en el sentido dado por Kretschmer (una psicología de la práctica médica y para la práctica médica) y por Schilder (una psicología que recoge lo que tiene significación para el médico). Añade Sacristán que:

(...) esta psicología deberá atenerse estrictamente a nuestra finalidad y deberá recoger lo esencial y más necesario para nuestro objetivo ya pertenezca a una u otra tendencia o escuela. Una psicología que admita en lo psicológico un agente biológico, que se halle lo más próximo a la vida, ya que son problemas prácticos psicológicos los que nos son planteados.⁶²⁸

⁶²⁷Sacristán. IEP, (5-2-1935), sin número de página.

⁶²⁸Sacristán. IEP, (5-2-1935), sin número de página.

Sacristán se plantea la psicología desde un punto de vista eminentemente práctico como medio para un fin, sin aferrarse a un método concreto:

Nosotros al tener que utilizar lo psicológico como base de nuestro estudio no vamos a seguir una determinada tendencia, una determinada escuela, sino que seguiremos lo que nos sirva mejor para nuestra finalidad, lo más utilizable, independientemente de toda discusión en este sentido. No llevamos prejuicio alguno.⁶²⁹

Sacristán describe los síntomas psíquicos de forma aislada con un interés didáctico, a sabiendas de que el estudio de los elementos desintegrados de la totalidad no significan nada que nos aproxime a la persona humana, cuya unidad psicofísica en sus variantes o desviaciones de la normalidad es el objeto de la investigación. El estudio de los elementos psíquicos aislados es una artificialidad; solo en el sentido de relación absoluta con la totalidad es posible hablar de "categorías" de lo psíquico.⁶³⁰

Los elementos y mecanismos psíquicos básicos que Sacristán describe de forma elemental son los siguientes:⁶³¹

Sensaciones: Se llama sensación a la experiencia psíquica que corresponde de un modo inmediato a los estímulos ejercidos en los nervios de los sentidos. De aquí que haya sensaciones correspondientes a los sentidos visual, acústico, olfativo, gustativo, táctil, etc. Resalta la dificultad de expresión existente al admitirse como sinónimos las palabras sensación y sentimiento. Utiliza un ejemplo: he sentido la mano de fulano en mi hombro o siento que fulano no se porta bien conmigo. En el primer caso se trata de un estímulo externo que actúa sobre la superficie corporal y en el segundo se trata de un sentimiento subjetivo específico.

A continuación analiza las relaciones entre las funciones sensoriales y la afectividad y los instintos. Describe un tipo de sensaciones que van acompañadas de emociones; se caracterizan porque son percibidas con el doble carácter de sensación y sentimiento. Desde un punto de vista fenomenológico es un acto único, ambas cualidades son inseparables. "Todo intento de separación no representa más que una necesidad lógica, totalmente en contra de nuestro punto de vista biológico".

⁶²⁹Sacristán. IEP, (5-2-1935), p. 7.

⁶³⁰Sacristán. IEP, s/f, sin número de página.

⁶³¹Sacristán. IEP, (26-3-1936), pp. 1-11; IEP, (18-3-1933), pp. 1-14.

Percepciones: Se llama percepción al hecho de llegar a nuestra consciencia un objeto externo o interno. Las percepciones son más que un conjunto de sensaciones, son un proceso complejo que consiste de una parte en sensaciones y de otra de una parte central que ejerce la selección precisa para que se realice la percepción.

Representaciones: Son imágenes de objetos sin estímulo externo.

Memoria: Es la capacidad de poder disponer en un momento dado de nuestras experiencias anteriores.

Pensamiento: A la unión de las experiencias o vivencias psíquicas -percepciones, representaciones, experiencias aisladas, etc.- atesoradas en nuestra memoria se le llama pensamiento. Distingue dos clases de pensamiento, el lógico y el del ensueño que se diferencian en que el primero va guiado por una idea directriz y el segundo no. También distingue un pensar intuitivo y un pensar no intuitivo o intencional, así como el pensamiento fantástico.

Inteligencia: Considera que definir la inteligencia no es posible, pero se muestra de acuerdo con la definición de Stern o bien la define como la capacidad de utilizar en un determinado sentido determinadas combinaciones de pensamientos o ideas. Admite dos tipos de inteligencia: práctica y teórica.

Voluntad: Es la actitud respecto a la dirección de un determinado acto. Se realiza tras una lucha entre diferentes fuerzas o motivos. Esta lucha recibe el nombre de reflexión y el resultado es la decisión. También la define como la elección entre dos o más tendencias.

Atención: Es el hecho de dirigirnos hacia algo. Hay una atención activa y una pasiva y posee una extensión y una profundidad.

Además de todos estos elementos, el hombre dispone de algo esencial y fundamental para la vida psíquica: la consciencia. El darse cuenta de nuestras actividades y funciones, de lo que acontece dentro de nosotros es la consciencia.

Sentimientos: Se llama sentimientos en psicología a todas las experiencias de nuestra vida, a todo lo que vivimos que vaya acompañado de placer o displacer.

Instintos: Distingue el instinto de la propia conservación y el de conservación de la especie o sexual. Este último "ha sufrido merced a la influencia de la cultura una casi total represión merced a las leyes y costumbres".

Es preciso insistir en la sencillez de las definiciones que van dirigidas a alumnos no médicos.

Sacristán considera la psicología como un instrumento con una finalidad práctica, cuyas tendencias dominantes (introspectiva y objetiva) considera insuficientes. No tiene prejuicios de escuela y concibe la psicología en el sentido dado por Kretschmer y Schilder (una psicología de la práctica médica y para la práctica médica, lo que tiene significado para el médico).

12.2. PSICOPATOLOGÍA

En el campo de la psicopatología, Sacristán es un fiel seguidor de Jaspers (autor al que considera indispensable), Gröhle, Kretschmer y K. Schneider. Dentro de su postura conciliadora y abierta a todas las orientaciones, Sacristán dice: "En psicopatología, como hace años escribió muy acertadamente Jaspers, hay una serie de concepciones, de caminos, que mutuamente se completan, pero que en modo alguno se perturban entre sí. Todos ellos están, por tanto, justificados. Todos se dirigen al mismo fin y por ello deben ser respetados".⁶³² Afirma que el libro de psicopatología de Jaspers debe constituir el libro de cabecera de todo psiquiatra.⁶³³

Para Sacristán la fenomenología es el método más fructífero: "Los hechos que estudia la Psicopatología podían ser estudiados por cualquier técnica psicológica, pero de éstas, la más acertada es la que se denomina fenomenología".⁶³⁴

En un trabajo sobre el concepto de la personalidad, Sacristán nos aproxima a su actitud psicopatológica en general, es decir, una síntesis de las ideas de los principales autores:

A falta de un concepto propio, que, desgraciadamente, no me es dado ofrecer, he creído más conveniente y provechoso elegir algunos de los conceptos más significativos acerca de la personalidad debidos a determinados autores de autoridad universal, que romper una lanza en favor del que fuera de nuestra particular preferencia.⁶³⁵

⁶³²Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-1949), p. 3.

⁶³³Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-1949), p. 4.

⁶³⁴Cuaderno de apuntes del alumno del IEP Beláustegui, p. 53.

⁶³⁵Sacristán (1953a), p. 207.

En concreto, al hablar sobre el concepto de personalidad, Sacristán expone las ideas de Jaspers, Schilder y Kretschmer y opina sobre estas tendencias, mostrando su eclecticismo:

Para los que no somos filósofos ni psicólogos, sino tan solo psiquiatras prácticos, quizá la concepción de la estructura de la personalidad de Kretschmer ofrezca mayores perspectivas, aun cuando, sin embargo, las ideas de Jaspers nos atraigan por su originalidad, fineza y profundidad. Schilder se mueve dentro del ámbito de la escuela psicoanalítica y su criterio es evidentemente interesante, incluso para los no psicoanalistas.⁶³⁶

Los fenómenos anormales que describe Sacristán son los siguientes:

12.1.1. Alteraciones de la sensopercepción ⁶³⁷

Las sensaciones pueden alterarse en el sentido de una ausencia de función (que impide la percepción), en intensidad (hipo e hiperestesia) y en calidad. Junto a estas alteraciones de las percepciones estarían las falsas percepciones y las ilusiones de los sentidos:

-Ilusiones: Se trata de percibir alterado como otra cosa lo que en realidad se percibe. Cuando el material de la sensación es percibido en forma distinta o agrupado en forma diferente nos hallamos en el caso de las llamadas pareidolias.

-Pseudoalucinaciones: No nacen, como las ilusiones, de lo percibido, es decir, de las percepciones, sino de las representaciones.⁶³⁸

La pseudoalucinación es una representación que se da en el individuo con la plasticidad de la percepción. Las alucinaciones serían percepciones que el individuo causa que no existen como tales. Las percepciones y alucinaciones son plásticas y aparecen en el espacio externo, objetivo. Las representaciones y pseudoalucinaciones tienen carácter de imágenes y aparecen en el espacio interno o subjetivo. Las pseudoalucinaciones se diferencian de las alucinaciones genuinas por su falta de corporeidad y por aparecerse en el espacio subjetivo. Las pseudoalucinaciones se

⁶³⁶Sacristán (1953a), p. 224.

⁶³⁷Dedicáremos a este apartado una mayor extensión por ser uno de los temas de los que Sacristán se ocupó con más profundidad y nos sirve como muestra del resto de sus tendencias en psicopatología.

⁶³⁸Sacristán. IEP, (2-4-1936), pp. 2-3.

diferencian de las representaciones por ser independientes de la voluntad y por su dibujo preciso.⁶³⁹

Aclara Sacristán que las ideas de Jaspers que ha expuesto no son aceptadas por todos los autores y finaliza este apartado afirmando que no existe ninguna teoría de las alucinaciones que satisfaga ni explique psicológica o fisiológicamente este fenómeno. "Difícilmente encontraríamos una teoría que pudiera explicarnos el mecanismo general de todas las falsas percepciones".⁶⁴⁰

-Alucinaciones: Podemos encontrar una descripción más profunda de las alucinaciones (y de las alteraciones de la percepción) en su curso en Venezuela que va dirigido a médicos y psiquiatras. En él muestra sus capacidades como docente y su profundo conocimiento de la psicopatología, con gran riqueza de descripciones. Se guía principalmente por Gröhle:

La percepción y la alucinación auténtica son fenomenológicamente idénticas, aunque hay una diferencia que no radica en el hecho de la vivencia, sino en el hecho de que la percepción responde a un estímulo externo (el objeto real) y, en cambio, la alucinación no. Tanto la percepción como la alucinación tiene carácter de realidad o corporeidad.⁶⁴¹

Sacristán expone diversas consideraciones sobre la diferencia entre percepción y alucinación, tomadas de Gröhle "porque en mí sentir es el que más ha profundizado en ellas". Gröhle, en contra de Jaspers, opina que todo acto de percepción tiene grados de objetividad, la cual no debe confundirse con la claridad o vivacidad. Ni la riqueza de caracteres de un objeto, ni su precisión tiene en principio nada que ver con la corporeidad, es decir, con el carácter de percepción.

Sacristán hace una distinción con una vivencia que no tiene carácter de percepción como las alucinaciones. Es el llamado *Gedanken-Lautwerden*, que se traduce como pensamiento sonoro. Sobre éste dice:

El enfermo reconoce su pensamiento como propio, desde luego, pero lo oye en voz alta. Los enfermos, con frecuencia, suelen negar en estos casos el carácter de voz y subrayan que lo oyen de modo diferente que las voces que se oyen por los oídos y suelen añadir que estas voces están en la cabeza, mientras las otras voces realmente vienen de fuera. Precisamente porque los

⁶³⁹Sacristán. IEP, (12-12-1933), pp. 6-7.

⁶⁴⁰Sacristán. IEP (12-12-1933), pp. 9-10.

⁶⁴¹Venezuela, 8ª conferencia, s/f, p. 9.

enfermos diferencian ambas clases de voces se inclinan a localizar las voces que oyen como si realmente fueran percepciones fuera y las otras voces de otra clase, es decir, los pensamientos sonoros, en su interior, dentro de su cabeza, porque, como suelen argumentar, si estas voces no vienen de fuera, no pueden estar más que dentro de mi cabeza. La localización es -como dice Grühle- un acto de juicio y no una percepción tópica directa. (...). Y, sin embargo, esta vivencia interna del enfermo guarda un resto de sensorialidad por lo que los enfermos hacen, según el grado de desarrollo del fenómeno, diferentes descripciones del mismo.⁶⁴²

También describe, dentro de las alteraciones de la percepción, la llamada "enajenación o extrañamiento de la percepción":

Cuando este fenómeno acontece yo percibo el objeto en cuestión, diferencio los sonidos y los colores perfectamente, sé que el objeto es verde o azul, etc., pero, entre el objeto, entre las cosas y yo -suelen decir algunos enfermos- hay una pared de cristal, algo; es decir, que la relación del sujeto con las cosas es diferente: LA RELACION SUJETO-OBJETO SE HALLA ALTERADA. Todo está lejos, es extraño, es raro. El buen autoobservador se hace cargo de que no es el mundo exterior el que realmente se halla alterado, sino que él mismo es diferente y se halla ante el mundo exterior de otro modo. El acto de la percepción se halla alterado en mayor escala en otro grado. Es decir, que el enfermo percibe todo bien, con claridad, con detalle, etc. pero la actividad de percibir se halla alterada, no se reconoce como propia. No es, por tanto, mi percepción, sino una percepción que me es impuesta a la fuerza, algo ya hecho.⁶⁴³

Sacristán destaca la idea de Grühle acerca del carácter automático de las alucinaciones (en el esquizofrénico):

La alucinación como la percepción normal es, en cierto sentido, un automatismo. Un ruido real me asalta, no puedo sustraerme a él, yo estoy a merced de él aún cuando yo no participo en su formación para nada. Lo mismo acontece en la alucinación. Esta se origina igualmente sin la más leve consciencia de mi cooperación, estoy a merced de ella. La alucinación, por tanto, es para Grühle un automatismo objetivo.⁶⁴⁴

⁶⁴²Venezuela, 8ª conferencia, s/f, p. 11.

⁶⁴³Venezuela, 8ª conferencia, s/f, p. 12.

⁶⁴⁴Venezuela, 8ª conferencia, s/f, pp. 12-3.

Se muestra de acuerdo con la afirmación de Grühle:

Aún cuando las alucinaciones en la esquizofrenia nada tienen de específico, tienen, sin embargo (especialmente las alucinaciones acústicas y las táctiles) de ordinario una extensión y una duración que no se observan en ninguna otra psicosis. Además, ofrecen con frecuencia una característica, la alteración del yo antes descrita que es peculiar como síntoma fundamental de la esquizofrenia -es decir, lo que el psiquiatra francés Clérambault llamó trastorno de la anexión al yo (trouble de l'anexión au moi).⁶⁴⁵

Sacristán profundiza aún más en el problema de las alucinaciones en la esquizofrenia, abordándolo desde otro punto de vista: el alucinado no tiene alucinaciones sensoriales, sino tan solo ideas delirantes de tener alucinaciones, es decir, que tiene la idea delirante de oír voces. Esto tiene gran valor para interpretar las alucinaciones corporales, como, por ejemplo, cuando un esquizofrénico dice que tiene gatos en el vientre o que le arrancan las costillas. Surge entonces la duda de qué parte de la vivencia es sensorial y qué parte interpretativa (delirante). En el caso de las sensaciones de la piel no se interpreta sino que se describe utilizando símiles; en el caso de las impresiones acústicas o auditivas es preciso una distinción. Sacristán describe la realizada por Kopp:

1. Sensaciones reales, normalmente percibidas, pero interpretadas de forma delirante.
2. Sensaciones reales percibidas anormalmente e interpretadas en forma delirante.
3. Sensaciones alucinadas normalmente interpretadas.
4. Sensaciones alucinadas interpretadas en forma delirante.
5. Sensaciones de origen delirante.

Sacristán resume la tesis de los investigadores somáticos: Las alucinaciones son pensamientos anormales o representaciones, pero no realmente alucinaciones de los órganos de los sentidos; el carácter de objetividad les es prestado por vía anormal. La tesis opuesta sería: Las alucinaciones serían excitaciones reales de los órganos de los sentidos o de sus centros, formadas por el pensamiento.⁶⁴⁶

⁶⁴⁵Venezuela, 8ª conferencia, s/f, p. 15.

⁶⁴⁶Venezuela, 8ª conferencia, s/f, pp. 15-6.

Tras una larga exposición de la posición de diferentes autores con respecto a las alucinaciones, como Carl Schneider, Quercy, Bouyer, Beringer, Bergmann, Neumann y Levy Darras, finaliza con su habitual posición ecléctica:

En suma, hoy no podemos decir en forma exacta lo que en sí es la alucinación y tan solo tenemos que movernos dentro de puras hipótesis, unas más seductoras que otras, según nuestra actitud personal frente a los problemas que plantea la psicopatología.

El alucinar en el enfermo esquizofrénico, precisamente por la duración de este fenómeno y por su frecuencia ha llegado a ser -cabría decir- una función vital en el sentido de Binswanger, como el percibir, el pensar, el hablar, lo son en el sano y en el enfermo, como dice Wyrsh. En muchos psiquiatras modernos, Jaspers, Schroeder y especialmente Carl Schneider se lee que es insuficiente pretender caracterizar la alucinación como una percepción sin estímulo sensorial externo. La alucinación sensorial no es una falsa percepción ni una representación viva, sino -como hoy dicen algunos psiquiatras a mi juicio con razón- una clase de vivencia autónoma que se halla entre la percepción y la representación.⁶⁴⁷

El tema de las alucinaciones poseía un gran interés para Sacristán, que publicó tres artículos con relación a dicho tema.⁶⁴⁸ El primero de ellos está dedicado al concepto de alucinación refleja. Sacristán recuerda que dicho concepto se debe a Kahlbaum y pretende realizar el análisis fenomenológico de un caso, facilitado por las condiciones de cultura, introspección y tendencia a la autoobservación de la paciente. Sacristán describe detalladamente cada una de las alteraciones de la percepción de la enferma con una precisión exquisita y pretende inferir una relación entre el contenido del proceso alucinatorio y las ideas delirantes de la paciente desde un punto de vista dinámico. Considera que este caso posee una característica que lo hace diferente a los existentes en la literatura que consiste en la duplicidad de las sensaciones sufridas por la paciente y reconoce que la mayor parte de las hipótesis propuestas para la explicación de las falsas percepciones no son satisfactorias. Finaliza mostrando su acuerdo con el criterio de Bleuler, "para el cual lo esencial en los procesos alucinatorios yace en el órgano psíquico", porque en la esquizofrenia las alucinaciones expresan no el material sensorial sino, sino pensamientos, deseos y

⁶⁴⁷Venezuela, 8ª conferencia, s/f, p. 24.

⁶⁴⁸Sacristán (1924a), (1924c), (1932b).

sentimientos de personalidades con alteraciones intensas del yo, de su posición en el mundo, de su pensar y su sentir.⁶⁴⁹

El segundo trabajo lo dedica a las alucinaciones ópticas del movimiento, tema poco frecuente en la literatura. Analizando detalladamente un caso se muestra de acuerdo con la idea de Schilder y de Jaspers acerca de la existencia de alucinaciones elementales específicas de la visión del movimiento y contrario a la teoría de Pick que pretende explicar el fenómeno como consecuencia de alteraciones vestibulares, cerebelares y oftalmostáticas.⁶⁵⁰

En el tercer trabajo Sacristán se ocupa de la relación existente entre la disposición musical y las alucinaciones acústicas en la familia de una paciente. Realiza un análisis familiar que abarca tres generaciones, expone los tipos de herencia en la esquizofrenia y en la disposición musical y, algo poco usual, aventura una hipótesis de trabajo acerca de la relación entre la disposición musical y alucinatoria:

La disposición alucinatoria se manifiesta en algunos familiares de nuestro caso, no psicóticos, por una tendencia permanente a las llamadas alucinaciones hipnagógicas acústicas. Este tipo de alucinaciones se presenta como es conocido- antes de la instauración del sueño, y es preciso que otro órgano de los sentidos diferente de aquel en cuyo territorio se produce el fenómeno controle el estado de vigilia del sujeto. En otros, el tipo de las alucinaciones corresponde a las llamadas pseudoalucinaciones, por su carácter francamente subjetivo - oigo en mi cerebro-, que en algunos de ellos ofrece un matiz obsesivo, como en el padre de la probante.⁶⁵¹ Por el contrario, en ésta, el síntoma alucinación no aparece, por lo menos durante las fases observadas por nosotros, en primer plano.

Sacristán recuerda la hipótesis genética expuesta por Bleuler en 1930 acerca del diferente mecanismo en la esquizofrenia de las alucinaciones y las ilusiones. Bleuler y Jahrmarker admitían la existencia, con carácter de síntoma primario, de una disposición alucinatoria que precisa ser analizada según los mecanismos alucinatorios conocidos en la esquizofrenia: alucinaciones provocadas por un

⁶⁴⁹Sacristán (1924a), p. 138.

⁶⁵⁰Sacristán (1924c).

⁶⁵¹Sacristán (1932b), p. 47.

estímulo, alucinaciones puramente psicógenas y alucinaciones por debilidad de la integración. En el caso de las primeras existe un estímulo consecuencia inmediata del proceso esquizofrénico sobre el cual el enfermo elabora secundariamente el contenido de sus alucinaciones.

(...) podría pensarse que en el círculo familiar de nuestro caso existe una disposición primaria procesa de núcleo endógeno esquizofrénico, perceptible en varios de sus miembros bajo la forma de la tendencia alucinatoria acústica, que, (...), corresponde a un estadio en el cual no se ha llegado aún a la sobreestructuración psicógena. Ahora bien, si la disposición musical, caracterizada por dos de sus componentes (retentivo y motor), favorece la producción del fenómeno alucinatorio, es cuestión aparte, sobre la cual me permito tan solo señalar la posibilidad de que aquélla sea expresión de una disposición eidética acústica, conocida desde URBANSCHITS, y confirmada por JAENTSCH y otros investigadores.⁶⁵²

12.2.2. Alteraciones del pensamiento ⁶⁵³

La principal alteración es la idea delirante, sobre la cual, Sacristán dice que "no ha habido nadie que haya demostrado en que consiste la esencia del delirio". Sigue las tendencias psicopatológicas generales alemanas, principalmente Jaspers, Gröhle y K. Schneider. También describe entre las alteraciones del pensamiento las ideas sobrevaloradas, las ideas obsesivas, la fuga de ideas, el pensamiento prolijo, el pensamiento inhibido el pensamiento incoherente y la perseveración.

Parece interesante la precisión que hace Sacristán de los fenómenos psicopatológicos que guardan cierta semejanza con la idea delirante:

-En primer lugar "el error", que es el fenómeno normal más aproximado a la idea delirante; ofrece una serie de características que le diferencian de la idea delirante. No nace de la esfera emocional, carece de una intensa acentuación afectiva, no es inaccesible a la crítica y la experiencia y no ejerce la misma influencia sobre la totalidad de la personalidad que la idea delirante.

-Idea sobrevalorada o prevalente que si se halla en relación con la vida emocional y determina una actitud especial de la totalidad de la persona. En cierta relación de semejanza se hallan los fenómenos de creencias religiosas, políticas o sociales.

⁶⁵²Sacristán (1932b), pp. 48-9.

⁶⁵³Sacristán, IEP, (2-4-1936), pp. 6-7.

-Supersticiones. Se trata de concepciones de contenido falso y de fundamento objetivo insuficiente. Son de origen externo, con gran carga emocional, poco accesibles a la corrección y suelen tener influencia sobre los actos.

-Ideas delirantes inducidas. Se hallan entre las ideas supersticiosas y las ideas delirantes. Con las primeras comparte su origen externo y con las segundas su carácter patológico. Son ideas delirantes injertadas por un enfermo delirante, generalmente a familiares, los cuales las asimilan y elaboran. Los sujetos tendentes a estas inducciones son los débiles, histéricos, psicópatas litigantes y fantásticos y también en normales que tienen coincidencia espiritual con el inductor, como acontece a los que siguen a fundadores de sectas.

12.2.3. Alteraciones de la memoria ⁶⁵⁴

Separa las alteraciones de la capacidad de fijación o memoria anterógrada de las alteraciones de la capacidad de recordar o memoria retrógrada. Las alteraciones pueden ser cuantitativas (hipermnesia, hipomnesias o amnesias) y cualitativas, entre las que distingue la alomnesia, también llamada ilusión del recuerdo, las pseudomnesias o pseudomemorias, también llamadas alucinaciones del recuerdo, falsos recuerdos o paramnesias, que presentan una forma particular llamada déjà vu o falso reconocimiento.

Si comparamos esta exposición con la del único tratado de psiquiatría español de la época previa a la guerra civil (el publicado por Mira López en 1935), encontramos, en general, una enorme similitud en los conceptos y en la exposición. Téngase en cuenta que la Psicopatología que se utiliza y enseña en España es, mayoritariamente, la de los autores germánicos, no pudiendo encontrarse prácticamente ninguna aportación original española.

12.2.4. Alteraciones de los sentimientos ⁶⁵⁵

Sigue una división de los estados afectivos en tres clases: sensibles, vitales y psíquicos. Los primeros son localizables en determinadas partes del propio cuerpo,

⁶⁵⁴Sacristán, IEP, (18-3-1933), pp. 8-11.

⁶⁵⁵Sacristán, IEP, s/f y (18-3-1933).

no extensibles a otras, carecen de continuidad y son inseparables de las sensaciones puramente sensibles. El más interesante es el dolor. Los sentimientos vitales son siempre sensaciones corporales pero no poseen localización determinada en el cuerpo, se extienden por todo él; también se pueden denominar tendencias o instintos. Son actitudes, posiciones positivas o negativas frente a sensaciones difusas localizadas en el cuerpo (fatiga, malestar, apetito, excitación sexual, frío, calor, etc.). Las alteraciones pueden ser en el sentido de variación de su intensidad (bienestar o malestar). Incluye entre los sentimientos vitales como uno de los más desagradables la angustia. Los sentimientos psíquicos son sentimientos motivados, reactivos, son cualidades congénitas del yo. Describe alteraciones cuantitativas en el sentido de aumento o disminución general de la vida afectiva o estado de ánimo, así como el estupor emocional o parálisis afectiva aguda que se observa en las grandes catástrofes y la apatía, en que la vida afectiva está reducida a cero; ésta hay que diferenciarla de la llamada enajenación de los sentimientos en la que el individuo sufre la sensación de no sentir.

Se plantea Sacristán si existen sentimientos psíquicos cualitativamente anormales, es decir, un tipo de sentimientos que frente a la vida afectiva normal representen algo nuevo. Adscribe a este grupo determinados estados de éxtasis de naturaleza esquizofrénica a los cuales los enfermos designan con nombres especiales (por ejemplo orgasmo del alma).

Si existe aquí una diferencia con la obra citada de Mira López, ya que éste considera la existencia de alteraciones cualitativas de la afectividad a las que designa como paratimias o distimias.⁶⁵⁶

12.2.5. Alteraciones de la voluntad y los instintos ⁶⁵⁷

Sacristán sigue la idea expuesta por Jaspers en su *Psicopatología General* y establece una distinción entre la tendencia y el acto de voluntad. En la acción hay de forma primaria una tendencia o una contratendencia, que puede ser ética, vital o psíquica o fruto de una reflexión. Desde el punto de vista patológico distingue un aumento de esas tendencias o instintos o una disminución; ésta puede deberse a contratendencias o a la acción frenadora de la voluntad (lo que Klages llama

⁶⁵⁶Hay que tener en cuenta que se compara un manual de psiquiatría (Mira) con unos apuntes de clases (Sacristán).

resistencia). Las alteraciones de los instintos las divide en cuantitativas y cualitativas, interesándose esencialmente por el instinto sexual y el de la alimentación. Dentro de las alteraciones de la voluntad y los actos cita la disminución, el aumento, la inhibición, interceptación, estupor, intensificación de la capacidad de ser influido, abulia, negativismo, resistencia pasiva y resistencia activa. Señala luego las alteraciones de la ejecución de los actos (amaneramiento, estereotipias, actos obsesivos y actos impulsivos).

12.2.6. Alteraciones de la consciencia del yo ⁶⁵⁸

Distingue las alteraciones de la consciencia de la existencia, alteración de la consciencia de actividad (parálisis del yo según Gröhle), la despersonalización (las percepciones, sentimientos y tendencias se dan con el carácter de cosa extraña, alejada o irreal) y la alteración de la consciencia del tiempo (siguiendo a Strauss diferencia un tiempo de nuestro yo y un tiempo universal).

12.2.7. Alteraciones de la consciencia ⁶⁵⁹

"La consciencia está alterada cuando las funciones psíquicas pierden la unión entre sí o con nuestro propio yo o sufren modificaciones en sentido de aumento o disminución". Las principales alteraciones son:

1º- Oscilaciones de la consciencia o de su claridad

2º- Alteraciones del grado de consciencia como la somnolencia, el sopor y el coma.

Además señala el enturbiamiento de la consciencia en el que hay una disminución de la consciencia al que se añaden fenómenos psíquicos correspondientes a otros territorios de la vida psíquica y se acompañan de alteraciones de la orientación temporoespacial; son el delirio y la confusión. Otra alteración son los estados crepusculares en los que la consciencia no se altera en intensidad ni en la relación de unas funciones psíquicas con otras, la consciencia es "otra".

⁶⁵⁷Sacristán. IEP, (18-3-1933) y (21-4-1936).

⁶⁵⁸Sacristán. IEP, (18-3-1933), pp. 6-8.

⁶⁵⁹Sacristán. IEP, (21-4-1936), pp. 1-4.

En general se encuentra bastante similitud entre lo dicho por Sacristán y lo expuesto por Jaspers en su *Psicopatología General*. Puede decirse que el autor español tiene como base a Jaspers y añade las ideas de diferentes autores, sobre todo Gröhle, Kretschmer y Schneider, en temas concretos; en resumen una psicopatología germana fundamentalmente fenomenológica. No pueden objetivarse aportaciones originales de Sacristán en el terreno de la psicopatología. No fue una excepción de la medicina psiquiátrica española en cuanto a aportaciones a la psicopatología. El propio Sacristán incidió en este grave problema de la psiquiatría española: la ausencia de ideas propias y la necesidad de importación de ideas: "Desgraciadamente somos tributarios de la actividad creadora de otros pueblos. Ellos dirigen nuestra actuación profesional y señalan los objetivos de la ciencia, que en algunos casos, tan solo, nos limitamos a comprobar".⁶⁶⁰ Sacristán achaca este problema a la pésima organización asistencial española que obliga al psiquiatra español a ocuparse de elementales problemas de psiquiatría práctica que en otros países ya han sido resueltos.⁶⁶¹

12.3. TEORÍAS CONSTITUCIONALES. ERNST KRETSCHMER

Después de Kraepelin, uno de los autores que más interés despertó en Sacristán fue Kretschmer y su teoría genético constitucionalista.

Junto a este interés, existen varios puntos de coincidencia entre ambos autores, tales como la dedicación al estudio de las relaciones entre psicopatología, constitución y genialidad y la inclinación por la biología criminal.

Sacristán estableció contacto con Kretschmer en los primeros años de la década de 1920. Posteriormente, inició la comprobación de las hipótesis de Kretschmer en su propio material, empleando el antropómetro de Martin y los instrumentos de medida empleados por el propio Kretschmer, en el Servicio Hospitalario de Marañón.⁶⁶² Pretendía aportar a Kretschmer una casuística muy amplia, pero no pudo llevar a cabo su propósito por la sobrecarga laboral y por

⁶⁶⁰ *Curriculum vitae* de Sacristán, p. I.

⁶⁶¹ Sacristán (1922a).

⁶⁶² En el apéndice núm. 34 reproducimos uno de los esquemas originales de Kretschmer usados por Sacristán en 1923.

impedírselo las propietarias del manicomio de Ciempozuelos.⁶⁶³ ⁶⁶⁴ El propio Sacristán expone las dificultades que encuentra para llevar adelante sus investigaciones:

(...) El trabajo, desgraciadamente, no se halla aún terminado pues no quiero darlo por concluso hasta tener un gran material estudiado. Dadas las circunstancias en que me veo obligado a hacer mis investigaciones -aprovechando algunos momentos que mi trabajo clínico me deja libre- no puedo hacerlas con la rapidez que yo hubiese deseado y por ello se retrasa esta publicación a la que quiero dar las máximas garantías de exactitud y seriedad científicas.⁶⁶⁵

En sus investigaciones antropométricas, Sacristán abandonó pronto la técnica propuesta por Kretschmer y adoptó las normas antropológicas de K. O. Henckel, que utilizaba unas hojas de observación en las que se indicaban los caracteres y particularidades morfológicas en el sentido de Kretschmer, y, por otra parte, las medidas e índices antropológicos propuestos por Rudolf Martín.⁶⁶⁶

Kretschmer era conocedor de las investigaciones que realizaba Sacristán en España. Cuando Solé Sagarra contacta con Kretschmer, hacia 1946, éste le pregunta por las investigaciones llevadas a cabo por Sacristán, investigaciones que Solé Sagarra, como tantos otros en la posguerra, desconocía, pues la obra de Sacristán quedó en el olvido y nunca llegó a publicar sus investigaciones tipológicas realizadas en Ciempozuelos:

En nuestras conversaciones el Dr. Kretschmer me habló de Vd. [Sacristán], así como del Dr. Marañón y de J. Ortega y Gasset en tono encomiástico. Tenía Kretschmer especial interés en las investigaciones llevadas a cabo por Vd. En material hispano por lo que se refiere a las teorías constitucionales; curiosidad que yo no le pude satisfacer por no haber tenido el gusto de conocer a Vd. e ignorar el estado de este asunto.⁶⁶⁷

En un trabajo publicado en 1931, Sacristán se ocupó del problema del concepto de constitución en psiquiatría. En él sigue preferentemente las ideas de

⁶⁶³ Germain y Solís (1982), p. 305.

⁶⁶⁴ Sobre este asunto comentaba el hijo de Sacristán, José Miguel, que las monjas pusieron impedimentos para realizar las mediciones, por tener que desnudar a las enfermas para ello.

⁶⁶⁵ Carta mecanografiada de Sacristán, s/f.

⁶⁶⁶ Sacristán (1924j), pp. 278-9.

⁶⁶⁷ Carta de Solé Sagarra a Sacristán de fecha 25 de agosto de 1946. Inédita.

Hoffman, si bien expone las opiniones de diferentes autores, como Hueppe, Martins, Pfaundler, Tandler, Toenissen, Grote, Jaensch, Ewald, Birnbaum, Kahn, Klages, Kehrer, Freud, Adler y Kretschmer, cuya tipología, junto a la de Jaensch, son, en su opinión, las que ofrecen mayor interés desde el punto de vista constitucional.⁶⁶⁸

Haciendo suyas las palabras de Hoffman, Sacristán afirma que la tipología de Kretschmer constituye el punto de cristalización de las investigaciones constitucionales psiquiátricas y que gracias a ella se dispone de un medio de investigación para deducir el pronóstico en algunas psicosis endógenas tal y como demostró Mauz y el propio Sacristán en algunos casos.⁶⁶⁹

Otro aspecto que Sacristán consideró de gran importancia en la doctrina kretschmeriana era su diagnóstico polidimensional y estructural, cuya visión expone en tres artículos diferentes:⁶⁷⁰

Kretschmer considera íntimamente unidos los síntomas somáticos a los psíquicos e intenta descubrir correlaciones psicológicas merced a reacciones somáticas; así, determina una serie de constituciones específicas en las cuales lo somático y lo psíquico confluye. De este modo se establece no un cuadro patológico abstracto limitado, sino cuadros vitales y familiares, en cuyo margen, lo que hoy se llama enfermedad descenderá a la categoría de episodio. Kretschmer llega a la duplicidad de la sistemática clínica partiendo de la idea de que la psique no es impulsada desde dentro sino estimulada desde fuera; cambia la clave "cerebro y psique" por la de "carácter y vivencia". Se considera como constitución la individualidad en su relación con lo somático y como carácter en tanto que representa un objeto de puro estímulo psíquico. Así nace la teoría del carácter, como segunda escala independiente, junto a la teoría de la constitución. Para Sacristán hay un punto decisivo en la obra de Kretschmer: la opuesta relación de ambos sistemas de diagnóstico, el antiguo y el propuesto por Kretschmer. Los síntomas no se hallan unos junto a otros sino unos sobre los otros. El círculo de formas caracterológicas yace sobre el de las formas constitucionales. Este tipo de diagnóstico, propuesto por Kretschmer, no es un diagnóstico mixto sino un diagnóstico estratiforme que interpreta todos los componentes que participan en el cuadro clínico con arreglo a su situación, categoría y leyes propias.

⁶⁶⁸Sacristán (1931b), pp. 252-66.

⁶⁶⁹Sacristán (1931b), p. 258.

⁶⁷⁰Sacristán (1929c), (1946a), (1955a).

Para el psiquiatra madrileño estas investigaciones permiten inferir conclusiones pronósticas según una serie de factores como la herencia, la constitución, la edad, la estructura somática, el medio y otros. El pronóstico, antes dirigido por el tipo clínico de enfermedad, se convierte en el producto complejo de diversos factores.⁶⁷¹

Otro aspecto al que Sacristán concede gran interés es a las posibilidades que ofrece la tendencia biológico constitucional para la comprensión de las psicosis mixtas. Esta tendencia permite enlaces y entrecruzamientos entre los grandes círculos patológicos que dan lugar a los tipos mixtos que pueden ser explicados por el diagnóstico polidimensional.⁶⁷²

Sacristán fue uno de los más destacados difusores de las ideas de Kretschmer en España y pionero en su utilización en la clínica habitual:

"Sacristán, en su librito *Figura y Carácter* (1926), hizo el primer resumen completo de las teorías constitucionales de Kretschmer".⁶⁷³

En 1928 tradujo al español otra obra de Kretschmer: *La Histeria*.

Ya era reconocida por sus coetáneos la labor de estudio e investigación que llevaba a cabo Sacristán sobre las teorías constitucionalistas. Al respecto, Prados Such escribe: "Nadie mejor que Sacristán, uno de nuestros prestigios (sic) psiquiátricos más sólidos y poseedor de la mayor experiencia en nuestro país de los estudios constitucionales, para emprender la tarea de exponer al público español una síntesis de ellas".⁶⁷⁴

En las actas de la segunda Reunión anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras se reconocen "las investigaciones llevadas a cabo por SACRISTÁN en el manicomio de Ciempozuelos".⁶⁷⁵

También Vallejo reconoció a Sacristán el mérito de difundir en España el constitucionalismo de Kretschmer.⁶⁷⁶

La Psiquiatría de Kretschmer es psicológica y somática al mismo tiempo; sin exclusivismo, sino complementándose bien estas dos vías del pensamiento

⁶⁷¹Sacristán (1929c), pp. 389-90.

⁶⁷²Sacristán (1929c), pp. 385-8.

⁶⁷³Solé Sagarra (1954), p. VIII.

⁶⁷⁴Prados Such (1926), p. 188.

⁶⁷⁵*Archivos de Neurobiología*, tomo 8, p. 14.

⁶⁷⁶Vallejo Nágera (1949), p. 46.

psiquiátrico. Sus investigaciones son prueba palpable de que no es posible una psiquiatría sin psicología; pero que todavía es menos posible una psiquiatría sin soma. Su psiquiatría es esencialmente unitaria, a pesar de la postura psiquiátrica unilateral con que encasilla a Kretschmer quien ve en él solo su lado constitucional. Precisamente por ser constitucionalista, la psiquiatría kretschmeriana es global, antropológica y esencialmente biológica.⁶⁷⁷

Esta definición de la psiquiatría de Kretschmer nos permite comprender el gran interés y la atención que éste autor despertó en Sacristán. Existe una gran similitud en la concepción psiquiátrica de ambos, que parte de la concepción del ser humano como unidad psicofísica, superando la dualidad somatopsíquica.

Sacristán consideraba las teorías constitucionalistas como una de las principales aportaciones desde Kraepelin y como una de las vías de avance psiquiátrico más fructíferas.⁶⁷⁸ Se muestra contrario a la idea de considerar la posición de Kretschmer como una crítica negativa de Kraepelin.⁶⁷⁹

Su aceptación de la doctrina kretschmeriana no impide a Sacristán mostrar su espíritu crítico en los aspectos que así lo considera. Por ejemplo, cuando hace referencia a las correlaciones somatopsíquicas, considera probada la correlación entre el hábito pícnico y la psicosis maniaco depresiva, pero no considera demostrada satisfactoriamente la relación entre el hábito asténico, atlético y displásico con la esquizofrenia.⁶⁸⁰ También tiene en cuenta que, junto a un elevado porcentaje en el que se corresponde el tipo somático con cada una de las dos grandes psicosis, existe un cierto número de casos en los que hay una disociación entre lo somático y lo psíquico.⁶⁸¹

En su curso de Caracas, Sacristán explicó con detalle las ideas de Kretschmer, ya expuestas con anterioridad en un artículo publicado en España tres años antes.⁶⁸²

En su libro sobre las investigaciones de Kretschmer, Sacristán advierte que no tiene otra finalidad "que la de ofrecer al lector español una sucinta referencia de la

⁶⁷⁷Solé Sagarra (1950), p. 163.

⁶⁷⁸Podemos encontrar referencias a Kretschmer en quince publicaciones de Sacristán. (1923a), (1925d), (1926a), (1929c), (1931a), (1931b), (1932c), (1934), (1936a), (1938), (1946a), (1946c), (1947a), (1953a), (1955a).

⁶⁷⁹Sacristán (1946a), p. 19.

⁶⁸⁰Sacristán (1931a), p. 191.

⁶⁸¹Sacristán (1929c), p. 387.

⁶⁸²Sacristán (1946a).

doctrina de E. Kretschmer, (...), acerca de las relaciones biológicas existentes entre la estructura somática (figura) y el carácter". Manifiesta su interés, desde hace ya tiempo, por la comprobación de los resultados de las investigaciones de Kretschmer.⁶⁸³

La motivación de Sacristán a la hora de escribir dicho libro⁶⁸⁴ es devolver al círculo científico las doctrinas de Kretschmer, que se difundían en públicos profanos como una clave mágica que les facilitaba el conocimiento del hombre:

El diagnóstico del carácter mediante la determinación de la morfología corporal no es en modo alguno un procedimiento del tipo de la quiromancia popular, sino un método rigurosamente científico, limpio de toda constelación zahorí, encaminado exclusivamente al estudio de la constitución psíquica normal partiendo de la patológica, merced al análisis de la estructura somática humana.⁶⁸⁵

Sacristán destaca el paso adelante que se da en la psiquiatría al ir más allá del dogma de Griesinger según el cual las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro; hay que tener en cuenta que junto al cerebro se halla la acción de las glándulas endocrinas y su papel es de suma trascendencia para la formación del cuerpo y la mente. El constitucionalismo persigue la investigación del origen hereditario de la individualidad y el estudio de las correlaciones psicofísicas del hombre. El núcleo fundamental de las investigaciones de Kretschmer radica en el establecimiento de una correlación entre la enfermedad mental y el hábito constitucional.⁶⁸⁶

En el segundo capítulo de su libro, Sacristán sintetiza los conceptos esenciales psicobiológicos que constituyen la base teórica de la doctrina de Kretschmer. En los capítulos tres al seis describe las tipologías somáticas y en el último la tipología temperamental.

Sacristán fue uno de los primeros y más importante difusor de las teorías de Kretschmer en España. Fue el primer autor que hizo una validación empírica de la

⁶⁸³Sacristán (1926a), p. 5.

⁶⁸⁴Sacristán le denomina "cuaderno".

⁶⁸⁵Sacristán (1926a), p. 6.

⁶⁸⁶Sacristán (1926a), pp. 12-7.

teoría de los biotipos en casos españoles⁶⁸⁷ y pionero, en nuestro país, en el uso clínico habitual de la tipología de Kretschmer. Consideró el sistema de Kretschmer como la aportación más importante desde Kraepelin, por suponer un nuevo campo de investigación en la psiquiatría, porque permitía superar la dualidad somato-psíquica y por su diagnóstico polidimensional.

12.4. GENIALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

Este apartado de la obra de Sacristán se destaca no por su interés científico sino por ser un elemento feliz en la etapa de la posguerra, que supuso un importante apoyo moral y le dio una gran popularidad rescatándole del olvido.

En 1946 inició la publicación, en el diario *ABC*, de una serie de artículos sobre personajes famosos bajo el epígrafe de "Genialidad y Psicopatología". Se trataba de breves descripciones biográficas de hombres geniales, sin finalidad científica, en las que señala la significación del factor psíquico patológico en la genialidad; van dirigidas al gran público, no a especialistas y no pretende realizar un diagnóstico psiquiátrico.⁶⁸⁸ Publicó una treintena larga de artículos de genios. Veintisiete de ellos se reunieron en un libro publicado en 1949.⁶⁸⁹

Todo ello supuso un reconocimiento, en el ámbito popular, que la psiquiatría oficial había negado a Sacristán desde el fin de la guerra.

Esta serie de artículos están inspirados en los estudios de Kretschmer sobre hombres geniales, si bien, éste llega a formar grupos empíricos basándose en el estudio de la psicología individual comparada, las personas geniales enfermas de la mente y los tipos corporales.⁶⁹⁰

En la introducción del libro, Sacristán advierte acerca del descrédito de los estudios patográficos debido a la valoración forzada de la significación del accidente psicopatológico en la génesis de la genialidad acentuando un falso concepto de degeneración y se muestra contrario a la tesis de Lombroso de que el genio es loco. También destaca la imposibilidad de trazar una línea absoluta de separación entre la

⁶⁸⁷Parajón y del Barrio (1994), pág. 176.

⁶⁸⁸Sacristán (1949b), pp. 9-10.

⁶⁸⁹Uno de los capítulos, el dedicado a Goethe, es un extracto del trabajo publicado en la *Revista de Occidente* (Sacristán 1932c), no editado en el diario *ABC*.

⁶⁹⁰Kretschmer (1954), pp.355-6.

salud mental y la perturbación psíquica, encontrándose entre ambas una amplia zona de límites vagos ocupada por las personalidades psicopáticas.

Sacristán sigue las ideas de Kretschmer acerca de la frecuencia de estados psicopáticos en los hombres geniales y el papel que desempeña el factor psíquico anómalo en la natividad del genio. Describe el genio con la definición de Kretschmer (es una variante biológica extrema, rara, excepcional, de la especie humana) y resalta la necesidad de un factor indispensable para la creación del genio, que es el llamado por Kretschmer *daimonion*.

Como advierte Sacristán en la introducción, no pretende realizar un estudio psicopatológico ni llegar a un diagnóstico psiquiátrico, si bien en algunos casos se muestra de acuerdo con los realizados por otros autores, sobre todo Jaspers. La pretensión es discernir en cada uno de los casos si la producción artística estuvo influida o no por los procesos patológicos psíquicos.

En definitiva, es mayor el valor literario que el científico y, sobre todo, es importante la trascendencia que tuvo en el aspecto afectivo y humano. En todos sus artículos dejó la impronta de su vasta cultura y su amplia documentación.

CAPÍTULO 13: LA PSIQUIATRÍA CLÍNICA

13.1. CONCEPTOS GENERALES

Sacristán define la psiquiatría clínica, siguiendo a Kurt Schneider, como "... aquella parte de la psiquiatría que estudia y ordena los estados psíquicos anormales y su curso e intenta descubrir en sus síntomas esenciales el proceso morboso, real o supuesto, de su motivación".⁶⁹¹ Tiene dos tareas, como dice K. Schneider: una, prevenir las enfermedades de naturaleza hereditaria y otra, tratar médica y socialmente las psicosis existentes. Es la actividad médica práctica.⁶⁹²

La psiquiatría clínica era uno de los campos psiquiátricos que mayor atracción ejercía sobre Sacristán. Consideraba a Kraepelin el más importante precursor:

El servicio prestado a la psiquiatría por Kraepelin es extraordinario; gracias a su principio clínico de investigación, la psiquiatría clínica ha llegado a su estado actual, el cual puede calificarse, sin ser tachado de hiperbólico, de floreciente, pese a la opinión de algunos psiquiatras y sobre todo de muchos internistas. El fulgor de sus ideas alumbra todavía nuestro camino.⁶⁹³

Sacristán realizó una gran labor de síntesis acerca de los principales problemas de la psiquiatría clínica y los planteamientos teóricos más destacados de la psiquiatría europea, que expuso en diferentes trabajos publicados en España.⁶⁹⁴ Consideraba la cuestión de las psicosis endógenas como el problema esencial de la psiquiatría.⁶⁹⁵

Las ideas de Sacristán sobre las diversas enfermedades mentales no quedaron recogidas en un tratado de psiquiatría de forma global. Se ocupó, principalmente, en sus escritos, de los dos grandes grupos de psicosis endógenas: la psicosis maniaco depresiva y la esquizofrenia.

⁶⁹¹Sacristán (1946a), p. 4.

⁶⁹²Venezuela, 1ª conferencia, (18-8-1949), pp. 2-3.

⁶⁹³Venezuela, 5ª conferencia, s/f, p. 10.

⁶⁹⁴Sacristán (1929c), (1946a), (1955a).

⁶⁹⁵Sacristán (1955a), p. 571.

En el curso dictado en Venezuela, en 1949, es donde puede encontrarse una visión más completa de la concepción clínica de Sacristán. En este curso de psiquiatría clínica, Sacristán dedica una parte inicial a problemas conceptuales como la noción de enfermedad y salud mental, métodos de investigación, las clasificaciones y otros problemas que se plantean a la psiquiatría. Luego trata la forma de comienzo de las psicosis y la exploración del enfermo psíquico. A continuación aborda los "modos de reacción" de los que dispone la psique, que responden a diferentes causas y que aparecen en diferentes psicosis. Va describiendo cada una de las formas de reacción y los cuadros en los que pueden aparecer. Textualmente dice:

Estos cuadros clínicos o modos de reacción que se observan en diversas psicosis jamás son idénticos, aunque en apariencia lo parezcan a veces, porque los procesos psicóticos de los que constituyen su expresión difieren entre sí esencialmente. (...) es falaz, engañosa, la circunstancia de que aquellos síntomas que más nos llaman la atención en el cuadro clínico suelen ser totalmente inesenciales y, en cambio, otros que pasan casi inadvertidos permiten inferir interesantes conclusiones acerca de la acción del proceso psicótico sobre la psique. No hay que olvidar, al considerar en general estos cuadros psicóticos, que, jamás, como subrayaba Kraepelin, permiten por sí solos la exacta interpretación diagnóstica de la psicosis que presenta el enfermo, sino es la totalidad del cuadro en todos sus detalles, es decir, la totalidad de los síntomas que nos es dado observar en el enfermo lo que decide el diagnóstico, y no siempre, pues en psiquiatría abundan los cuadros oscuros y atípicos.⁶⁹⁶

Entre los cuadros que describe, siguiendo el orden clásico, está el cuadro amnésico o síndrome de Korsakov; los ataques o pérdidas de sentido o enturbiamiento de la conciencia (ataques epilépticos, ataques apoplécticos, ataques histéricos); los estados crepusculares; los estados delirantes (por tóxicos, por infecciones, por traumatismos); los estados depresivos (pueden aparecer en la psicosis maniaco depresiva, al inicio de la esquizofrenia, en la parálisis general, en la arteriosclerosis, en la demencia senil, en las neurosis traumáticas); los estados de excitación o agitación (en los estados maniacos, en la parálisis general, en la embriaguez alcohólica, en cocaínómanos, en los delirios de las intoxicaciones e infecciones, estados de agitación epilépticos, excitación histérica, en la demencia senil); los estados alucinatorios (principalmente en la esquizofrenia, también en la

⁶⁹⁶Venezuela, 4ª conferencia, (13-9-1949), p. 1.

psicosis maniaco depresiva, alcoholismo, cocainómanos, sífilis cerebral, psicosis carcelarias); los estados hipocondriacos o hipocondría (en la neurastenia, en la neurosis de espera de Kraepelin, en psicópatas nerviosos, en la histeria degenerativa, en la neurosis obsesiva, neurosis traumáticas, neurosis de guerra); estados delirantes o paranoides (la paranoia, las formas paranoides de la esquizofrenia, las parafrenias sistemática, expansiva y confabulatoria, la sífilis cerebral en su forma alucinatoria, el delirio de celos de los bebedores, el delirio de los litigantes, el delirio de indulto de los presos, el delirio de persecución de los sordos); los estados de debilidad mental o demencia que Sacristán divide en dos grupos: los que se producen al comienzo del desarrollo psíquico y los que se producen cuando la personalidad ya está formada; estados de estupor (melancólico, catatónico, epiléptico, e histérico) y los estados de alteración del afecto o distimias.

Estos son, en opinión de Sacristán, los síndromes más frecuentes que se observan en las diferentes psicosis.⁶⁹⁷

El resto del curso lo dedicó al estudio pormenorizado de las dos grandes psicosis endógenas: la esquizofrenia y la psicosis maniaco depresiva.

Es de destacar la forma en que plantea Sacristán su curso. Adopta una actitud eminentemente práctica que le permite huir de los problemas nosológicos que continúa teniendo la psiquiatría clínica. Hace una descripción de los síndromes más frecuentes y los cuadros clínicos en los que pueden aparecer. Se aleja de las clasificaciones psiquiátricas. En esos momentos la mayoría de las publicaciones continuaban con la sistemática kraepeliniana con algunas modificaciones, describiendo los diferentes cuadros clínicos. Es, pues, una postura particular y práctica la que adopta Sacristán.

Puede llamar la atención, desde un punto de vista clínico, como engloba Sacristán la debilidad mental con la demencia, señalando como una de las principales causas de debilidad mental adquirida la esquizofrenia. Cabe recordar que los déficits mentales adquiridos en una época avanzada del desarrollo infantil o en edades posteriores, se designaban con el nombre de demencias. En el *Manual de Psiquiatría* de Mira López⁶⁹⁸ se plantea la controversia sobre qué esfera se afecta, la afectiva o la intelectual, en el proceso que hoy conocemos con el nombre de deterioro esquizofrénico. De todas formas, Sacristán no tiene duda de que la inteligencia en el

⁶⁹⁷Venezuela, 4ª conferencia, (13-9-1949), sin número de página.

⁶⁹⁸Mira López (1935).

esquizofrénico no se afecta: "se puede decir respecto del esquizofrénico que, de cuando en cuando -sin duda alguna durante años- se halla imposibilitado de manejar activamente su inteligencia formal, pero ésta, la inteligencia en sí, permanece conservada".⁶⁹⁹

Sacristán describe estos estados de deterioro (en los que hoy día podemos reconocer los síntomas negativos de la esquizofrenia) de la forma siguiente:

... nos interesa su forma de debilidad mental o demencial. En las formas más graves llama la atención principalmente la rareza de la conducta, la inaccesibilidad negativista y la separación absoluta que el enfermo establece entre su persona y el mundo que le rodea, las diferentes manifestaciones de la obediencia automática, los manierismos, las estereotipias y los actos impulsivos sin sentido e inopinados. Muchas veces llama la atención la oposición, el contraste, entre la conducta incomprensible y los restos considerables de su inteligencia (...). En las formas leves de la debilidad mental esquizofrénica las alteraciones de la esfera de la voluntad se manifiestan tan solo en forma levisima (...). Además, hay que añadir el estrechamiento y debilitamiento de las relaciones afectivas, la pérdida de las aspiraciones y deseos y de la energía, debilidad de juicio e incoherencia (...). Esta sintomatología pobre, en la cual los síntomas aparecen como esbozados, pudiera decirse, es la que suelen presentar muchos enfermos que ingresan en los manicomios después de haber padecido varios brotes esquizofrénicos y en los cuales se trata de estas formas leves de debilidad mental esquizofrénica.⁷⁰⁰

En Sacristán puede encontrarse una doble actitud, complementaria, por una parte ocupándose, en el plano teórico, de los principales problemas que se plantean en la psiquiatría clínica y, por otra parte, una actitud eminentemente práctica de cara a ayudar al enfermo.

Veamos la opinión de Sacristán acerca de las patologías psíquicas y, en especial, de la esquizofrenia y la psicosis maniaco depresiva.

13.2. ESQUIZOFRENIA

En el curso dictado en Venezuela en 1949, Sacristán se ocupó con detenimiento de la esquizofrenia. En los escritos que se conservan de dicho curso

⁶⁹⁹Venezuela, 8ª conferencia, s/f, p. 26.

⁷⁰⁰Venezuela, 4ª conferencia, (13-9-1949), sin número de página.

podemos encontrar un auténtico tratado sobre la esquizofrenia con una extensión de más de cuatrocientos folios mecanografiados dedicados a este tema.

Anteriormente, Sacristán se había ocupado de esta psicosis en diferentes artículos, siendo el primer trabajo que publicó en España dedicado a los ataques epilépticos en la esquizofrenia.⁷⁰¹ En un artículo publicado en 1925, Sacristán resalta la importancia social de la esquizofrenia debido a su frecuencia (la psicosis más frecuente tanto en el sexo masculino como femenino), a su curso (se es esquizofrénico toda la vida, no existe la curación y solo cabe hablar de curación práctica o social cuando el enfermo puede vivir por su cuenta sin la tutela manicomial), su terminación y el importante papel que juega la herencia. Recuerda la importancia de incluir todos los estados incluidos en lo que hoy conocemos como espectro de la esquizofrenia, es decir, desde la psicosis esquizofrénica constituida, madura hasta el temperamento esquizotímico.⁷⁰² En 1929 realizó una completa revisión sobre el diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y la psicosis maniaco depresiva.⁷⁰³ Dos años después se ocupa de las psicosis endógenas haciendo una revisión del concepto de esquizofrenia y las tendencias existentes.⁷⁰⁴

Como se ha dicho anteriormente, el curso de Venezuela supone un testamento de las ideas psiquiátricas de Sacristán, por ser, prácticamente, la única oportunidad desde la guerra civil de expresar su pensamiento.

En sus conferencias se recogen, en general, las opiniones de los psiquiatras europeos más destacados, principalmente alemanes, con muy pocas aportaciones personales.

Para Sacristán la esquizofrenia es la psicosis más frecuente y opina, con Gröhle, que su historia es la historia de la psiquiatría y que los dos autores que más han contribuido al conocimiento de la esquizofrenia son Kraepelin y Bleuler. Señala que la mejor forma de conocer la historia de la esquizofrenia es consultar el trabajo de Gröhle que aparece en el *Handbuch* de Bumke.

Tras un repaso de la evolución del concepto de esquizofrenia, analiza su frecuencia, edad de presentación y la curación, cuya posibilidad niega con rotundidad, distinguiendo la curación social o práctica de la teórica. Concede un

⁷⁰¹Sacristán (1920a).

⁷⁰²Sacristán (1925d).

⁷⁰³Sacristán (1929c).

⁷⁰⁴Sacristán (1931a).

gran interés teórico el concepto de esquizoidia, exponiendo las ideas de Berze, Bleuler, Kretschmer y Kraepelin. Sobre la constitución en la esquizofrenia, Sacristán se decanta por la definición de Hoffmann (Constitución psíquica es la tendencia a determinados modos de reacción característicos de la personalidad) y cree necesaria una sistemática de la constitución psíquica o tipología, inclinándose por la de Kretschmer y la de Jaensch.⁷⁰⁵ Sobre esta última, Sacristán la analiza y describe resaltando que Jaensch, en sus últimos días, llevó su tipología "a un extremo francamente unilateral y sectario en el terreno de la política". El libro que publicó Jaensch se titulaba *Der Gegentypus*⁷⁰⁶ y en él considera contratipo a "todo aquel que en política se apartara de su ideología nazista".⁷⁰⁷

También destaca el sistema caracterológico estructural o regional de Ewald por su aplicación a la clínica psiquiátrica.⁷⁰⁸

Sacristán se muestra claramente en contra de aquellas tipologías orientadas hacia las ciencias del espíritu porque "falsean el material empírico merced a ficciones teóricas unilaterales transformándolo en puras abstracciones".⁷⁰⁹

Al analizar las tipologías en la esquizofrenia, Sacristán se muestra plenamente de acuerdo con Bleuler y Mauz al afirmar que "en los pícnicos la esquizofrenia transcurre de forma más suave", hecho que él mismo ha comprobado.⁷¹⁰

Sacristán continúa concediendo gran importancia a las relaciones entre la constitución, el carácter y la enfermedad mental en la línea de Kretschmer.

Una interesante cuestión que aborda Sacristán es la posibilidad de desencadenarse la esquizofrenia por motivos psíquicos o somáticos (no la causa de la esquizofrenia). Se muestra rotundamente opuesto a la posibilidad de que se desencadene por mecanismos psíquicos: "Como dice Mayer Gross, si se supone - como él mismo y también nosotros- que la esquizofrenia es una enfermedad orgánica se mostrará uno desde un principio absolutamente escéptico ante el desencadenamiento psíquico de la enfermedad".⁷¹¹ En opinión de Sacristán, de los psiquiatras que se han ocupado del desencadenamiento de la esquizofrenia por vía

⁷⁰⁵Venezuela, 6ª conferencia, (21-10-1949), pp. 1-33.

⁷⁰⁶El contratipo.

⁷⁰⁷Venezuela, 7ª conferencia, s/f, pp. 10-1.

⁷⁰⁸Venezuela, 7ª conferencia, s/f, pp. 10-1.

⁷⁰⁹Venezuela, 7ª conferencia, s/f, pp. 10-1.

⁷¹⁰Venezuela, 7ª conferencia, s/f, p. 14.

⁷¹¹Venezuela, 7ª conferencia, s/f, p. 14.

psíquica, el que más merece atención es Willmans, del que expone sus planteamientos. Finaliza Sacristán afirmando que "la demostración de correlaciones comprensibles entre vivencia y psicosis no son prueba de su encadenamiento causal"⁷¹² y que "no hay ningún psiquiatra que haya encontrado ni un solo caso en el cual se pueda demostrar de un modo unívoco el desencadenamiento psíquico de la enfermedad".⁷¹³

Hace un repaso de la psicopatología de la esquizofrenia siguiendo la monografía de Grühle y Berze, sobre la que opina: "monografía hasta la fecha -que yo sepa- no superada por ninguna publicación similar", "ambos autores son los únicos que han aportado al problema ideas originales sobre la teoría de la esquizofrenia".⁷¹⁴

La visión biológica de Sacristán y su esperanza sobre las aportaciones futuras que hará la investigación médica se ponen de manifiesto cuando afirma que:

"... el ideal para el diagnóstico de una enfermedad psíquica es, evidentemente, encontrar una serie de síntomas objetivos que, por sí solos, nos permitan establecerlo". (...). No hay -digámoslo desde un principio- en la esquizofrenia ninguna sintomatología somática característica (...). No obstante, es preciso inquirir su posible existencia porque, evidentemente, existe la posibilidad de que este padecimiento posea una sintomatología neurológica o de otra naturaleza que en el futuro se revele, quizás por métodos diferentes".⁷¹⁵

Para la descripción clínica de la esquizofrenia, Sacristán, sin desdeñar a otros autores, se inclina por Mayer Gross y, sobre todo, con la idea de que en la descripción clínica de la esquizofrenia el autor no debe identificarse con ninguna teoría vigente; se muestra de acuerdo con la opinión de Mayer Gross en diferentes temas como la existencia de defectos de inteligencia en las esquizofrenias de la infancia, la autonomía clínica de las parafrenias o la definición del estado final esquizofrénico.

En la explicación de los síndromes típicos de la enfermedad, Sacristán comenta la subclasificación que hace Kraepelin en su último manual en 10 grupos

⁷¹²Venezuela, 7ª conferencia, s/f, p. 16.

⁷¹³Venezuela, 7ª conferencia, s/f, p. 17.

⁷¹⁴Venezuela, 9ª conferencia, s/f, p. 26.

⁷¹⁵Venezuela, 11ª conferencia, s/f, p. 1.

pero reconoce que no aportan nada y que es más conveniente la antigua clasificación en las tres formas clásicas.⁷¹⁶ Casi toda la exposición sobre la esquizofrenia está acompañada de la descripción de casos clínicos tomados de diferentes autores como Kläsi, Storch, Kleist y, sobre todo, de Mayer Gross.

Con respecto al diagnóstico de la esquizofrenia, Sacristán señala la opinión de Kurt y Carl Schneider que representan dos extremos de la situación del problema, dos modos opuestos de concebir el diagnóstico de esta compleja enfermedad. El primero niega la posibilidad de una delimitación precisa, es escéptico ante un diagnóstico de base psicopatológica, mientras que Carl Schneider señala en todos los fenómenos esquizofrénicos una unidad de los caracteres formales, en cuya raíz existe una determinada alteración de la ejecución del accidente psíquico.⁷¹⁷

Tras analizar diversas teorías sobre la esquizofrenia, Sacristán finaliza reconociendo su predilección por la escuela de Heidelberg:

Después de ésto no estaría de más, como recordatorio, repetir de nuevo el punto de vista de la escuela de Heidelberg, hoy disuelta por las circunstancias de la guerra mundial, punto de vista de mi predilección: LA ESQUIZOFRENIA ES UNA ENFERMEDAD ORGÁNICA ENDÓGENA EN LA CUAL LA CUESTIÓN DE SI ES O NO ENCEFALÓGENA PERMANECE INCIERTA.⁷¹⁸

En 1931, había escrito: "...un proceso endógeno de base orgánica, cuya psicología -(...)- merece la pena ser estudiada a fondo".⁷¹⁹ Toda su vida mantuvo este concepto acerca de la esquizofrenia.

También muestra su fe en el progreso de la ciencia desde un postulado orgánico, pero abierto a otras actitudes:

... es muy posible que en el futuro el descubrimiento de nuevos síntomas corporales puedan traer una solución clara y veraz de esta cuestión a la que desde luego ayuda -negarlo sería impropio- la investigación psicológica de esta enfermedad, que se alza ante nosotros, por lo que a su origen se refiere y a su esencia, como una gran interrogante, como el magno problema de la psiquiatría contemporánea, al cual la moderna terapéutica de la esquizofrenia no ha aportado luz alguna, aún

⁷¹⁶Venezuela, 13ª conferencia, s/f, pp. 1-3.

⁷¹⁷Venezuela, 17ª conferencia, s/f, pp. 22-3.

⁷¹⁸Venezuela, 17ª conferencia, s/f, p. 38.

⁷¹⁹Sacristán (1931a), p. 193.

cuando haya prestado a la postura del psiquiatra frente a la enfermedad una actitud terapéutica más airosa.⁷²⁰

Con respecto a la terapéutica de la esquizofrenia, Sacristán señala algunos puntos que pueden resumirse así:

- La importancia que tuvo la terapéutica ocupacional de Simon que imprimió un nuevo espíritu a los establecimientos psiquiátricos, guiados hasta entonces por la clinoterapia. Consideraba que la educación por el trabajo (terapéutica de ocupación) era el remedio que mejores resultados proporcionaba.⁷²¹
- En contra de la corriente mayoritaria en España (en 1931) se muestra poco favorable a los diferentes métodos piroterápicos.
- El uso de la narcosis de Kläsi, a la que considera paradigma de un tipo de terapéutica que aprovecha la tendencia farmacológica y psicológica. En un primer momento utilizó el somnifeno y, posteriormente, el dial por ofrecer menos peligros.⁷²²
- la repercusión de los estudios de Bleuler sobre la acción desfavorable del internamiento en los esquizofrénicos, evitando el internamiento de los casos leves.
- la limitada utilidad del psicoanálisis y sus peligros.
- la vigencia del tratamiento psíquico, aunque solamente sean accesibles a este método los síntomas secundarios.
- el cambio que supone la introducción del electroshock, que permite cortar, en ciertos casos, el estupor y las agitaciones.

Finaliza reconociendo que las modernas terapéuticas para la esquizofrenia "...no modifican el hecho de su génesis hereditaria. El esquizofrénico curado -con arreglo a la marcha de su herencia- sigue como antes de ser tratado. Sus recidivas no se evitan".⁷²³

Sobre la profilaxis de la esquizofrenia, Sacristán recuerda el horror de las medidas de los nazis:

El problema de la exterminación de los indignos de vivir, que repugna a nuestra conciencia ética actual, se intentó resolver por los nazis en sentido positivo con sus célebres cámaras de gas a las cuales llevaban a los enfermos psíquicos internados en los manicomios calificados de incurables, y ya ven ustedes

⁷²⁰Venezuela, 17ª conferencia, s/f, p. 39.

⁷²¹Sacristán (1924k).

⁷²²Sacristán (1931a), p. 195.

⁷²³Venezuela, 17ª conferencia, s/f, p. 43.

en que forma reaccionó el hombre de sana moral a tal solución. Qué horror despertó en las almas, que espanto produjo en nuestro espíritu.⁷²⁴

Realiza una crítica de la ley nazi de las enfermedades hereditarias y recuerda que "... la heredabilidad de esta enfermedad, según gran número de investigadores, quizás en la mayoría de los casos se origina merced a la cooperación de un factor exógeno desconocido".⁷²⁵ También expone la opinión de autores que indican la esterilización del equizofrénico antes de que salga del manicomio y advierte del peligro de que se utilice esta medida con otros fines.

En resumen, Sacristán no realiza ninguna aportación personal al campo de la esquizofrenia. La concibe como una enfermedad endógena orgánica, con un componente hereditario y la presencia de algún factor externo desconocido, si bien en su desencadenamiento no intervienen factores psíquicos. Se plantea los problemas a los que se enfrenta la psiquiatría porque considera que subrayar los problemas es un estímulo para la investigación clínica y expone las opiniones que considera más relevantes de la literatura psiquiátrica mundial, destacando el rechazo a las actividades exterminadoras de los nazis sobre los enfermos mentales y adelantando la idea de que los mayores avances en la esquizofrenia vendrán desde la investigación biológica. Se mostró siempre muy pesimista con respecto a las medidas terapéuticas.

13.3. PSICOSIS MANÍACO DEPRESIVA

El primer artículo en el que Sacristán se ocupó con extensión de la psicosis maniaco depresiva fue el publicado en 1929. En él describe el concepto de la psicosis maniaco depresiva de Kraepelin porque considera que "... por desgracia, la descripción original de Kraepelin no es conocida en castellano con el detalle que cuestión de tal magnitud exige".⁷²⁶

Expone Sacristán las ideas de diferentes autores sobre el problema de la psicosis maniaco depresiva como unidad nosológica independiente. Aunque intenta

⁷²⁴Venezuela, 17ª conferencia, s/f, p. 43.

⁷²⁵Venezuela, 17ª conferencia, s/f, p. 44.

⁷²⁶Sacristán (1929c), p. 366.

mantenerse dentro de los límites de la máxima objetividad se desliza a lo largo del texto su aproximación a las tesis de Kraepelin, que considera que es una entidad nosológica independiente. Sobre la tesis de Schroeder, Sacristán afirma que:

... al enjuiciar la cuestión el autor cae en las mismas limitaciones señaladas por los críticos del principio nosológico de Kraepelin, y tan solo se nos da un cambio de nombre que deja en pie la cuestión que en estas páginas se plantea. En suma, es un intento, tan sólo, de depuración del concepto de p.m.d., en mi sentir poco afortunado.⁷²⁷

Expone el intento de Kleist de demostrar que la psicosis maniaco depresiva no es una entidad nosológica, así como la opinión de Ritterhaus y Ewald.

En un artículo posterior⁷²⁸ se expresa en los mismos términos, destacando la mayor tendencia a considerar la independencia nosológica de la psicosis maniaco depresiva y la mayor fuerza de la hipótesis biológico-somática.

En 1933 publicó sus investigaciones acerca de las alteraciones del metabolismo del bromo en la psicosis maniaco depresiva, que encontró disminuido tanto en las fases maniacas como melancólicas.⁷²⁹

En 1934 realizó su tesis doctoral sobre el metabolismo hidrocarbonado en la psicosis maniaco depresiva endógena. Confirmó los resultados obtenidos por diferentes autores con respecto a la existencia de anomalías en el metabolismo hidrocarbonado, que están en relación con la intensidad sintomatológica, que la psicosis maniaco depresiva endógena típica es la psicosis en la que con mayor frecuencia se observan alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, que la edad no influye en estas alteraciones, que la diversidad de los resultados depende de factores constitucionales y, finalmente, que la causa de las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado se deben a un estado de hiperexcitabilidad del sistema vegetativo que, a su vez, es consecuencia de la totalidad del proceso psíquico patológico maniaco depresivo.⁷³⁰

En 1936 podemos ver un cambio en la terminología usada por Sacristán al hablar del "círculo maniaco depresivo o grupo de las ciclotimias", según la expresión adoptada por K. Schneider y Luxenburger. Ello se debe a la tendencia alemana a

⁷²⁷Sacristán (1929c), p. 381.

⁷²⁸Sacristán (1931a).

⁷²⁹Sacristán (1933b).

⁷³⁰Sacristán (1934).

evitar el término *Irresein* (locura) por el prejuicio que implica, aunque en castellano el término psicosis no obliga a nuevas expresiones.⁷³¹

Se muestra de acuerdo con Hoche en que la psicosis maniaco depresiva no puede considerarse una unidad nosológica del tipo de la parálisis, como reconoce el propio Kraepelin y K. Schneider. Para Sacristán el principal problema que plantea el concepto de Kraepelin son las psicosis atípicas. Considera indiscutible e incontrovertible la endogenicidad de la psicosis maniaco depresiva, que sería la expresión fenotípica de una disposición patológica, con una herencia de suma complejidad que guarda relaciones de parentesco con ciertas disposiciones anormales del ánimo, con otras enfermedades de curso periódico y con ciertos padecimientos metabólicos.⁷³²

En 1947 repite los mismos conceptos aunque concede importancia al intento de Leonhard de separar del grupo de las psicosis maniaco depresivas la psicosis de angustia idiopática. También cita las investigaciones de López Ibor sobre las timopatías.⁷³³

En 1949, en Venezuela, dedica un amplio apartado de sus conferencias a la psicosis maniaco depresiva. Sobre sus causas afirma que: "La p.m.d. es una afección hereditaria. Con gran verosimilitud se trata en esta enfermedad de un producto hereditario muy complejo."⁷³⁴ Destaca la importancia de Kretschmer que "nos ha hecho conocer el terreno del modo de ser psíquico premorbo de nuestros enfermos con toda claridad".⁷³⁵

En cuanto a las posibles alteraciones somáticas que puedan ayudar al diagnóstico de la psicosis maniaco depresiva, Sacristán reconoce que las alteraciones metabólicas encontradas no tienen peso y no existen alteraciones neurológicas propias de la psicosis maniaco depresiva. Asimismo afirma que las investigaciones psicológicas experimentales no permiten inferir hechos concretos y constantes.⁷³⁶

Tras una profusa descripción clínica de los cuadros de manía y melancolía típicas, pasa al tema de las formas reactivas en su forma melancólica, negando la

⁷³¹En el original mecanografiado de Sacristán (1936a). No aparece en el publicado.

⁷³²Sacristán (1936a), pp. 383-8.

⁷³³Sacristán (1947b).

⁷³⁴Venezuela, 18ª conferencia, s/f, p. 4.

⁷³⁵Venezuela, 18ª conferencia, s/f, p. 6.

⁷³⁶Venezuela, 18ª conferencia, s/f, pp. 7-9.

existencia de manías reactivas. A continuación describe las diferentes formas de manía y melancolía, siguiendo a autores como Lange y Kraepelin. Destaca Sacristán la frecuencia de aparición de estados mixtos en los que se mezclan síntomas de manía y melancolía.⁷³⁷

Se ocupa luego de las ciclotimias que son formas leves de la psicosis circular y, por tanto, su sintomatología no se diferencia de las formas leves de psicosis maniaco depresivas. Hace hincapié en la influencia de la edad en la sintomatología clínica.

Cabe destacar la opinión de Sacristán contraria a la de Bumke, Seelert y Kehrer, y próxima a la de Lange, acerca de la independencia de la melancolía de la involución con respecto a la psicosis maniaco depresiva.⁷³⁸ Asimismo la importancia que concede a la constitución y su influencia sobre la clínica.

Se plantea la pregunta de "¿Qué es la psicosis maniaco depresiva en esencia?" Y su lacónica respuesta es que "acerca de la esencia de la p.m.d. nada sabemos. Hipótesis hay muchas".

Ante el problema del diagnóstico diferencial entre la psicosis maniaco depresiva y la esquizofrenia, tema al que dedicó un interesante artículo en 1929, Sacristán se plantea 20 años después una postura eminentemente práctica ante la dificultad de tal diagnóstico diferencial:

La escuela de Tubinga, Gaupp, Kretschmer, Hoffmann, para no citar de ella más que algunos nombres, recusan esta clase de diagnóstico diferencial en muchos casos por parecerles imposibles e inconvenientes. Mayer Gross habla de esterilidad de la alternativa diagnóstica. Nosotros no somos de esta opinión y creemos, con otros psiquiatras, que es preciso agotar todos los medios auxiliares, las observaciones psicológico fenomenológicas, así como las investigaciones metodológicas de Kretschmer, hasta las especulaciones metafísicas como las de Binswanger, es decir, el análisis existencialista. Todo menos cruzarnos de brazos y resignarnos ante los casos insólitos y repetir la célebre frase de Dubois Reymond: *ignorabimus ignoratur*. Y yo me atrevería incluso a aconsejar que ante estos casos de diagnóstico difícil, como última solución deberemos acudir a la moderna terapéutica de las psicosis, agotarla, y si el enfermo cura ¿qué puede importarnos hasta cierto punto la etiqueta que le colguemos? Y hasta es posible que esta terapia nos alumbré con nueva luz el camino para llegar al diagnóstico

⁷³⁷Venezuela, 18ª conferencia, s/f, pp. 10-36.

⁷³⁸Venezuela, 18ª conferencia, s/f, p. 51.

exacto e incluso para solución en este sentido de muchos problemas que la clasificación de las psicosis plantea.⁷³⁹

En cuanto a las medidas terapéuticas,⁷⁴⁰ Sacristán considera que los psiquiatras están inermes ante la posibilidad de evitar la aparición de nuevas fases. En cuanto a la profilaxis de la psicosis maniaco depresiva solo cabe, por parte del psiquiatra, el consejo matrimonial en el que se informe a los contrayentes del estado de la cuestión, sin ir más allá. Considera de incierta eficacia las medidas para evitar las recidivas de las fases tales como evitar situaciones de conflicto o sobretrabajo.

En el enfermo melancólico "siempre que no haya contraindicación alguna, debe ser practicada una cura de electroshock". Para tratar la angustia que acompaña al enfermo de melancolía, Sacristán aconseja la tintura de opio y como hipnótico para combatir el insomnio el paraaldehído. Para combatir la alteración de la alimentación del melancólico, en los casos graves propone la alimentación por sonda o la administración de pequeñas dosis de insulina.

En cuanto a las medidas psíquicas, recomienda, en general, no hablar al enfermo sobre sus ideas delirantes. Si debe hablarse con el enfermo en el caso de las ideas de empobrecimiento. Recuerda que la conversación psicoanalítica, que recomienda Schilder, debe suspenderse a las tres semanas si no se ha obtenido resultado alguno. Asimismo, en el período de convalecencia es de utilidad la terapéutica de ocupación.

En las manías leves considera que no es necesaria la reclusión. Las graves exigen la asistencia manicomial. Recomienda los baños prolongados y calmantes, teniendo cuidado con el uso de los barbitúricos. También cita los éxitos personales que tuvo con la narcosis de Kläsi. Descarta el uso de tratamiento puramente psíquico así como el electroshock que no se muestra tan eficaz en la manía como en la melancolía, a juicio de Sacristán.

Sobre el uso de la narcosis de Kläsi sostuvo Sacristán, con José María Villaverde, una de las escasas polémicas que mantuvo en su vida profesional.

En 1920, Kläsi se interesa por el somnifeno a raíz de leer un artículo de Erich Liebmman y propone su uso terapéutico para inducir el sueño prolongado en los esquizofrénicos y posteriormente, en 1922, amplía sus indicaciones para los estados

⁷³⁹Venezuela, 18ª conferencia, s/f, pp. 63-63bis.

⁷⁴⁰Venezuela, 18ª conferencia, s/f, pp. 64-8.

de agitación esquizofrénicos. Esta técnica se extendió pronto entre los psiquiatras europeos, sobre todo entre los países de habla germana.⁷⁴¹

En España fue Sacristán pionero en su uso, pues ya aprendió su técnica en 1922, directamente con Kläsi. Fue, junto a Pinto, el autor del primer trabajo publicado en España sobre la aplicación del método de Kläsi a enfermos maníacodepresivos.⁷⁴² Posteriormente adoptó el método de Müller, que utiliza dial en vez de somnifeno.⁷⁴³

En 1924 realizó Sacristán, en colaboración con Pinto, un artículo sobre el uso de esta técnica en la psicosis maníaco depresiva, que fue publicado en *Archivos de Neurobiología* y en *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. En las páginas de *La Medicina Ibero* publicó Villaverde (1924a) en noviembre, un artículo en el que critica duramente el método de Kläsi, advirtiendo de su inutilidad y sus peligros, sin citar a nadie en concreto. Lafora no duda en contestar a Villaverde iniciando una de sus famosas y frecuentes polémicas.⁷⁴⁴ Sacristán, también publica un artículo en el que arremete duramente contra Villaverde e ironiza sobre su experiencia y su postura:

Este autor, careciendo de experiencia personal sobre el citado sistema terapéutico del psiquiatra suizo (...). Para el Sr. Villaverde, por tanto, el método de elección, frente a un enfermo agitado, en el que fallen los medios físicos (baño permanente, envoltura húmeda), sería el que implícitamente preconiza en su escrito: cruzarse de brazos. Es muy probable, sin embargo, que en último extremo acudiera a la arcaica y desusada camisa de fuerza que en uno de sus trabajos pedía para ciertos escritores psicoanalistas.⁷⁴⁵

Sacristán recuerda que había aprendido la técnica de la narcosis permanente con el mismo Kläsi (en el verano de 1922 en Munich) y rebate cada uno de los puntos aludidos por Villaverde en su artículo.

En el número de fecha 13 de diciembre, Villaverde responde con un artículo sobre el mismo tema dedicado a Lafora:

⁷⁴¹Windholz y Witherspoon (1993), pp. 83-4.

⁷⁴²Sacristán (1924b), p. 1085.

⁷⁴³Sacristán (1931a), pp. 195 y 204.

⁷⁴⁴Lafora (1924a)

⁷⁴⁵Sacristán (1924b), p. 1085.

El Dr. Lafora, dando una importancia excesiva a mi modesto artículo, manifiesta su disconformidad y me invita a una polémica. Como es natural, por deferencia acepto gustosísimo.⁷⁴⁶

Continúa con un duro ataque contra Lafora y termina sin hacer la más mínima alusión a Sacristán. La respuesta de Lafora (1924b) no es menos dura. En ella recuerda que Sacristán y Sanchís Banús son los primeros en utilizar en España la narcosis prolongada con el somnífero. Sacristán (1925a) escribe un último artículo, sin polemizar, aportando nuevos datos sobre el uso del somnífero en la psicosis maniaco depresiva y apoyando sus datos con un trabajo de J. Wyler. La polémica continuó aún con dos nuevos escritos de Villaverde y Lafora.

En resumen, tampoco se encuentran aportaciones originales de Sacristán a los conocimientos sobre la psicosis maniaco depresiva; existe una transmisión de las principales ideas que sobre el tema existen en Europa, haciendo una síntesis y reflexión ante ellas y planteando las cuestiones que quedan por resolver. No debe olvidarse que su tesis doctoral versó sobre las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en la psicosis maniaco depresiva, en su búsqueda de elementos explicativos de este trastorno. Fue pionero en la utilización de la narcosis de Kläsi en España.

13.4. NEUROSIS

En muy pocas ocasiones se ocupó Sacristán del tema de las neurosis. Sin embargo, dejó esbozado un libro que se iba a titular "El problema de las neurosis", del cual solo se han encontrado una veintena de folios.⁷⁴⁷ El índice del libro era el siguiente:

Introducción

1. Evolución del concepto
2. Estado actual del concepto de neurosis
3. Mecanismo genético de la neurosis:
 - a) Acción de la vivencia
 - b) Conflicto o complejo
 - c) El trauma psíquico

⁷⁴⁶Villaverde (1924b), p. 1109.

⁷⁴⁷Dentro del material cedido por la familia. Se denominará: Sacristán, las neurosis. Parte de esos escritos se encuentran en Sacristán (1946c).

4. La personalidad del neurótico
 - a) Cualidades psíquicas
 - b) Cualidades somáticas
 - c) Estructura psíquica del neurótico
5. No puede haber (...) clínica de las neurosis sin caracterología
6. Estratificación o diferenciación en regiones de la personalidad (Klages, O. Kant)
7. Psicoterapia. Éxitos y fracasos⁷⁴⁸

Del propio índice puede deducirse la idea que tenía Sacristán sobre las neurosis, con una génesis psíquica, una participación importante de la personalidad y un tratamiento psicoterapéutico.

Para Sacristán las neurosis están muy lejos de constituir un concepto unívoco. Piensa que el diagnóstico de una neurosis no debe hacerse nunca por exclusión de enfermedad orgánica sino que debe demostrarse su psicogénesis, aceptando las neurosis desde un punto de vista psicosomático. Las neurosis estarían subclasificadas dentro del grupo de los estados patológicos funcionales. Seleccionemos algunas de sus frases sobre las neurosis:

"Quien pretenda darse cuenta de lo que son las neurosis debe tener muy presente el plan fundamental psicosomático del organismo, el cual consiste que todos los mecanismos en él preformados pueden ser puestos en marcha por un sistema de sentimientos estimulativos superiores".⁷⁴⁹

"Lo neurótico se basa en que el afectado de dificultades en la vida las elabora de modo diferente que el término medio; la causa de la neurosis sería, en última instancia, la constitución deficiente en la actitud frente a la vida o en anomalías orgánicas en la actualidad aún no descubiertas de forma unívoca".⁷⁵⁰

"Los límites de las neurosis son variables o fluctuantes. Una de sus causas especiales radica en que la ciencia actual no puede refutar respecto de algunos casos patológicos el concepto antiguo según el cual merced a causas psíquicas, es decir, merced a grandes conmociones afectivas en el más amplio sentido de la palabra pueden producirse directa o indirectamente ciertas alteraciones tangibles (anatómicas) en el organismo, en los cuales, de ordinario, se basan procesos patológicos puramente corporales".⁷⁵¹

⁷⁴⁸Sacristán, las neurosis, prólogo.

⁷⁴⁹Sacristán, las neurosis, p. 5.

⁷⁵⁰Sacristán, las neurosis, p. 6.

⁷⁵¹Sacristán, las neurosis, p. 2.

En un artículo sobre la medicina psicosomática,⁷⁵² Sacristán analiza diversos aspectos como el origen europeo de la medicina psicosomática que tanto éxito había alcanzado en América, la importancia del factor psíquico en la enfermedad orgánica o los términos funcional y orgánico. Expone la definición de neurosis de Birnbaum, la de J. H. Schultz, la de Kahn y la de Goldstein.

Para Sacristán, el problema fundamental de la medicina psicosomática es la cuestión de la relación real, biológica, que se establece entre la alteración psicológica y la alteración estructural orgánica.⁷⁵³

A continuación expone la idea de Hoffmann de establecer una diferencia entre el concepto de enfermedad psicógena o funcional y el de neurosis, según el origen esencialmente corporal o psíquico. Solo debe hablarse de neurosis cuando "se descubren raíces psíquicas tangibles".⁷⁵⁴

Con respecto a la localización del síntoma neurótico concluye que "la formación del síntoma en las neurosis puede servirse de todos los mecanismos fisiológicos del organismo", aunque "prefiere aquellos mecanismos que prestan al síntoma un carácter de expresión específico y que son apropiados para establecer una relación entre el contenido de la vivencia y la alteración particular del órgano". Para que ello ocurra es condición previa fundamental "la existencia de una disposición especial de los correspondientes mecanismos fisiológicos", debida a alteraciones constitucionales de la función o a influencias fisiológicas prolongadas junto a una "aptitud" especial de la personalidad neurótica.⁷⁵⁵

Considera Sacristán que casi todos los enfermos psicógenos pueden verse libres de sus alteraciones si se descubre el mecanismo psicógeno de sus síntomas o se influye sobre él con una psicoterapia sistemática, que es el tratamiento de elección, si bien, precisa que no debe ser solo la simple influencia psicoterápica del médico sino "un tratamiento psicoterápico reflexivo y ordenado mediante métodos psíquicos". Los métodos que señala Sacristán son: el método persuasivo de Dubois, la psicoterapia individual de Adler, la terapéutica psicoanalítica, la sugestión hipnótica y las psicoterapias de Jung, Schultz y Meyer.

⁷⁵²Sacristán (1946c).

⁷⁵³Sacristán (1946c), p. 114.

⁷⁵⁴Sacristán (1946c), p. 130.

⁷⁵⁵Sacristán (1946c), p. 134.

Finaliza su artículo señalando que lo importante es destacar el valor del acto psíquico en general, no solo en los estados psicógenos y neuróticos sino en la enfermedad orgánica y recuerda al médico práctico que debe tener en cuenta lo psíquico "... como una clase de fenómeno vital, sin recurrir a teorías, ni derivar en especulaciones meramente metafísicas".⁷⁵⁶

Para Sacristán el problema fundamental de la medicina psicosomática es la cuestión de la relación real, biológica, que se establece entre la alteración psicológica y la alteración estructural orgánica.⁷⁵⁷

La visión de Sacristán puede considerarse coincidente con lo expuesto por Mira López⁷⁵⁸ que emplea una división similar y distingue entre psiconeurosis (debidas a causa psíquica) y organoneurosis (neurosis vegetativas o alteraciones vegetativas). Entre los autores a que hace referencia Mira se encuentran los dos más citados por Sacristán en este tema: Birnbaum y Hoffmann.

Existe pues, en cuanto al concepto de neurosis, una similitud de planteamiento entre los dos psiquiatras españoles que adoptan ideas de autores extranjeros sin aportaciones personales.

Cabría resaltar el hincapié que hace Sacristán en la necesidad de no olvidar que "lo psíquico no es ajeno a la vida, sino que el proceso psíquico es un proceso vital y que el hombre es una unidad psicofísica".⁷⁵⁹

En resumen, Sacristán concibe las neurosis desde el punto de vista psicosomático: tienen un origen psíquico, la personalidad juega un papel fundamental, el tratamiento es la psicoterapia y el problema esencial radica en demostrar la relación biológica entre la causa psíquica y la lesión orgánica.

13.5. PSICOPATÍAS

Sacristán define como psicópatas a aquellas "personalidades constitucionalmente anormales, en las cuales el lado emocional de la vida psíquica, la actividad afectiva y de la voluntad y los instintos, se halla subjetiva y

⁷⁵⁶Sacristán (1946c), pp. 140-1.

⁷⁵⁷Sacristán (1946c), p. 114.

⁷⁵⁸Mira (1935), pp. 327-8.

⁷⁵⁹Sacristán (1946c), pp. 141-2.

objetivamente en desequilibrio, bien por excitación o por insuficiencia, sin que exista una enfermedad del sistema nervioso central o una enfermedad mental en sentido estricto".⁷⁶⁰

Serían constituciones patológicas nacidas de un terreno biológico degenerado, traduciéndose en deformaciones o desviaciones psíquicas de la personalidad. Estas deformaciones se observan en las esferas de los instintos, de los sentimientos y de la voluntad, siendo más de carácter cuantitativo que cualitativo, alteraciones de la proporción psíquica y por tanto de la unidad de la personalidad.⁷⁶¹

Considera de importancia para la comprensión de las psicopatías el estudio de las influencias psicodinámicas y las tendencias morfológicas:

Es preciso advertir que la personalidad psicopática no puede ser exacta y totalmente comprendida si tan solo se tiene en cuenta las disposiciones patológicas constitucionales de la personalidad y las tendencias en ella implícitas; es preciso, además, para poder juzgarlas de un modo completo en la vida real y especialmente en sus relaciones con la criminalidad, desde un punto de vista estrictamente psicológico, es necesario, tener en cuenta las influencias psicodinámicas y las tendencias morfológicas, que proceden del medio humano, las cuales determinan, por intermedio de mecanismos psíquicos precisos, la forma final del carácter. Estas fuerzas morfológicas, estos procesos determinantes de la forma caracterológica, de la estructura de la personalidad no proceden de la esfera del intelecto consciente y racional sino de capas más profundas alejadas del campo de la consciencia, de naturaleza afectiva; esto es, los instintos e impulsos totalmente independientes de las tendencias dirigidas adecuadamente a un objeto de la personalidad consciente. (...). No podemos, por tanto, limitarnos a lo que buenamente se nos ofrezca en el cuadro clínico. Es preciso profundizar más en el sentido indicado mediante el estudio de las correlaciones psicodinámicas que intervienen en la formación del carácter psicopatológico, como las represiones instintivas, las formaciones insuficientes del llamado yo-ideal, las identificaciones defectuosas, los mecanismos de compensación, de desviación reactiva, etc., etc., cuyo conocimiento debemos a Freud y Adler.⁷⁶²

Son importantes estas palabras de Sacristán porque es una de las escasas parcelas en las que Sacristán da valor a los aspectos psicodinámicos.

⁷⁶⁰Sacristán. IEP, s/f, p. 7.

⁷⁶¹Sacristán. IEP, (28-3-1933), p. 7.

⁷⁶²Sacristán. IEP, (28-3-1933), p. 8.

Entre las características generales de los psicópatas destaca la tendencia a reacciones inadecuadas y las dificultades de adaptación al medio. Entre las causas que determinan las variedades psicopáticas básicas describe:

- Las anomalías de la constitución general somática que determinan la base de sentimientos elementales, esto es, el estado de ánimo fundamental y habitual del individuo, el cual influye sobre la actitud total frente a la vida, sobre su modo personal de reacción.
- Las anomalías de las glándulas endocrinas que llevan consigo alteraciones de determinadas funciones de la vida psíquica que se hallan en relación de dependencia funcional con aquellas.
- Las anomalías en las direcciones fundamentales de la vida psíquica, dadas en forma elemental en los impulsos y en los instintos son diferenciadas merced a los estímulos correspondientes de la vida.⁷⁶³

Los tipos de psicópata que describe son: a) depresivo; b) hipertímico; c) cicloide; d) pasional fanático; e) querulante; f) impulsivo; g) sexual; h) pseudólogo y fantástico; i) histérico; j) inestable; k) amoral.⁷⁶⁴

En resumen, Sacristán posee una visión ecléctica y abierta de las psicopatías que estarían constituidas por una base biológica alterada sobre la cual actuarían los factores ambientales, siendo necesario el abordaje desde el punto de vista psicodinámico y morfológico.

13.6. OLIGOFRENIAS

Las escasas referencias de Sacristán a las oligofrenias se encuentran en el marco de su estudio criminológico, en sus clases en el Instituto de Estudios Penales, antes de la guerra civil.

Considera que sería un error limitar la significación de las formas de imbecilidad congénita al defecto intelectual, que es lo que domina el cuadro clínico; es preciso tener en cuenta las inhibiciones de la evolución o del desarrollo de la personalidad total, debiendo considerar al deficiente intelectual como totalidad y no valorar aisladamente sus defectos. Concede importancia a la insuficiencia emotivo-caracterológica que marcha paralela a la intelectual; las alteraciones de las esferas

⁷⁶³Sacristán. IEP, (28-3-1933), pp. 9-10.

⁷⁶⁴Sacristán. IEP, (1-4-1933), pp. 1-20.

de los sentimientos, de la voluntad y del carácter tienen su origen en la alteración fundamental general del grupo, o sea, en la inhibición evolutiva psíquica.⁷⁶⁵

Para Sacristán, en el imbécil la personalidad se halla en desequilibrio, hay una falta de armonía de la totalidad de la personalidad. Esto se traduce en una tensión entre las exigencias sociales y morales del medio y las propiedades caracterológicas emocionales e intelectuales insuficientes del imbécil. "En suma, el imbécil manifiesta, ante todo y sobre todo, una adaptación insuficiente psíquico-social. El defecto primordial de su personalidad se halla representado por una alteración de la evolución psíquico social".⁷⁶⁶

Cabría destacar la concepción global de Sacristán, la visión del individuo como unidad y, en concreto, en el caso de la imbecilidad, la importancia de considerar además del déficit intelectual las alteraciones de las esferas afectiva y caracterológica.

13.7. LA EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA

Para Sacristán el examen psiquiátrico sigue métodos diferentes a la exploración somática, que utiliza técnicas auxiliares que, en psiquiatría, pocas veces pueden ayudar al diagnóstico. Los puntos de apoyo indispensables para hacer un diagnóstico clínico en psiquiatría son los síntomas y el curso, y, además, para un conocimiento más profundo del caso, deben conocerse las causas internas y externas de los síntomas.

Afirma, con Kraepelin, que el objetivo final del examen clínico no es tan solo la determinación de los síntomas existentes de la alteración psíquica, sino también el descubrimiento de aquellos puntos de apoyo que pueden ser de importancia etiológica.⁷⁶⁷

El primer medio de que se dispone, según Sacristán, para lograr el objetivo clínico es la anamnesis (el conocimiento de la vida anterior del sujeto que examinamos), el examen cuidadoso del comportamiento somático y psíquico en un momento dado y la observación continuada. Se dispone de dos tipos de anamnesis, la objetiva (datos proporcionados por diferentes personas sobre el sujeto) y la

⁷⁶⁵Sacristán. IEP, (28-3-1933), pp. 1-2.

⁷⁶⁶Sacristán. IEP, (28-3-1933), pp. 2-3.

⁷⁶⁷Venezuela, 3ª conferencia, (6-9-1949), p.1.

subjetiva (lo que el enfermo refiere). Concede una gran importancia al conocimiento de la vida prepsicótica del enfermo y, citando a Kehrer, afirma que "el camino de la psiquiatría científica hubiera sido más corto si antes se hubiera reconocido la significación del valor del conocimiento de la vida premorbose del enfermo".⁷⁶⁸ A su vez divide la anamnesis en familiar y personal. Dentro de la anamnesis familiar, Sacristán concede "una importancia extraordinaria" a la herencia, proponiendo incluso el reconocimiento de algunos miembros de la familia. En la anamnesis personal deben recogerse todos los datos que puedan influir en el equilibrio psíquico, desde las emociones graves sufridas por la madre en el período intrauterino hasta el momento actual pasando por todas las etapas de desarrollo. Es de suma importancia la determinación del momento en el cual se manifiesta la alteración psíquica.⁷⁶⁹

Sacristán no se muestra partidario de cuestionarios rígidos para los fines prácticos de diagnóstico, pero, en caso necesario, recomienda el de Kahn. El orden de la anamnesis objetiva que propone Sacristán es el siguiente:⁷⁷⁰

1. Diagrama genealógico
2. Vida fetal, parto y lactancia
3. Edad infantil
4. Pubertad
5. Edad madura
6. Involución

En la edad infantil y juvenil propone el siguiente orden:

- a) Desarrollo de la inteligencia
- b) Desarrollo del carácter
- c) Desarrollo somático

El siguiente paso es la exploración del enfermo, el *status presens*, para la que Sacristán propone en primer lugar el examen del estado general del organismo que incluye el estudio de la constitución del enfermo; a continuación el examen del sistema nervioso, que incluye la forma del cráneo, el estudio del fondo de ojo, la pupila y musculatura ocular y facial, la médula, el sistema simpático y

⁷⁶⁸Venezuela, 3ª conferencia, (6-9-1949), p. 2.

⁷⁶⁹Venezuela, 3ª conferencia, (6-9-1949), pp. 1-4.

⁷⁷⁰Venezuela, 3ª conferencia, (6-9-1949), p. 5.

parasimpático, nervios periféricos, sensibilidad, reflejos, glándulas endocrinas, sistema vegetativo, pulso y tensión arterial.⁷⁷¹

A continuación debe hacerse el examen psíquico del enfermo que incluye los habituales apartados de atención, estado de ánimo, claridad de conciencia, capacidad de comprensión, juicio, memoria, orientación, curso y contenido del pensamiento. Comenta el posible uso de modelos de interrogatorios como el que usaba en su época de trabajo con Kraepelin. Considera Sacristán, aparte de los diferentes test de exploración, como método útil la petición al paciente de un relato biográfico así como la explicación de refranes. Se muestra contrario al uso de test de inteligencia en adultos porque, a su juicio, carecen de exactitud y en contra del cálculo del cociente intelectual en psiquiatría. En un claro avance de los criterios actualmente utilizados, Sacristán recomienda determinar el funcionamiento de la inteligencia en la forma y modo de vivir, en el trabajo y en la conversación cotidiana, o sea, en la adaptación del individuo a su entorno.

Cita diferentes test como el de Binet y Simon, el de Ternman, Wexberg, el de Masselon, el de Pierowski, Bourdon, la prueba de las asociaciones de Jung y el test de Rorschach, del que se confiesa como gran partidario, aunque afirma que no deben sacarse conclusiones de los tests porque en sí son insuficientes y muchas veces sus resultados son erróneos.⁷⁷²

Existe un contraste con la actitud de Mira López que se muestra partidario de un acuerdo internacional para que se utilice un único formato de historia clínica y concede más valor a las pruebas complementarias por medio de test o aparatos.⁷⁷³ Vallejo coincide con Sacristán en la idea de la escasa ayuda diagnóstica que proporcionan los medios auxiliares psicológicos.⁷⁷⁴

Para Sacristán, lo esencial del examen psiquiátrico es la exposición del curso de la vida del enfermo, de su biografía. La exploración del enfermo mental termina no solo cuando tenemos un diagnóstico sino cuando "las diversas relaciones de sus vivencias anormales en el curso de la vida quedan explicadas; en suma, cuando se

⁷⁷¹Venezuela, 3ª conferencia, (6-9-1949), pp. 6-9.

⁷⁷²Venezuela, 3ª conferencia, (6-9-1949), pp. 11-6.

⁷⁷³Mira (1935), pp. 40 y 75.

⁷⁷⁴Vallejo Nágera (1954), p. 357.

ha llegado a comprender la personalidad del enfermo tanto somáticamente como psíquicamente y, en ocasiones, socialmente".⁷⁷⁵

En cuanto a los modos de los que puede valerse el psiquiatra para comprender y profundizar en los síntomas de las psicosis, Sacristán destaca los dos caminos señalados por Kraepelin:

- La comprensión meramente intuitiva, poética; la llamada empatía, sobre la cual dice, citando textualmente a Kraepelin, que: "la empatía es un método inseguro, de innegable valor para las relaciones humanas de aproximación y la creación poética, más como medio auxiliar de investigación en psiquiatría clínica puede conducir a las mayores confusiones".
- Las declaraciones del propio enfermo acerca de sus vivencias internas, mediante las cuales se pueden lograr datos importantes, pero contra cuyos errores no hay posibilidad de defensa.

Sacristán reconoce que no cabe otro camino que resignarse a esta limitación metodológica porque "... en realidad, no se dispone de otro medio para percatarnos de lo que acontece en la mente del enfermo".⁷⁷⁶

Cabe destacar la importancia que da Sacristán al "comprender" global del enfermo (que incluye los conceptos de comprensión estática y genética de Jaspers), a la cuestión de la herencia, así como su preferencia por entrevistas abiertas y la preponderancia de la observación directa del enfermo sobre cualquier tipo de test.

Intentando resumir en breves palabras el pensamiento clínico de Sacristán puede decirse que tenía una actitud ecléctica, abierto a las diversas tendencias existentes, aplicando lo que consideraba más apropiado de cada una de ellas, lo que le permitía mantener puntos de vista que abarcaban la consideración de la esquizofrenia y la psicosis maniaco depresiva como enfermedades claramente somáticas, con un fuerte componente hereditario, hasta el abordaje psicodinámico de las psicopatías. Sin olvidar el estudio de los problemas teóricos de la psiquiatría abogaba por una actitud práctica que ayudara al enfermo mental.

⁷⁷⁵Venezuela, 3ª conferencia, (6-9-1949), p. 16.

⁷⁷⁶Sacristán (1946a), p. 23.

CAPÍTULO 14: PSIQUIATRÍA DE GUERRA

La situación personal de Sacristán durante la guerra civil española ya ha sido expuesta al tratar de su biografía. Sobre la psiquiatría y la guerra Sacristán publicó tres trabajos en los que destaca la ausencia de apasionamiento y partidismo que caracterizó muchas de las publicaciones de la época. Intenta mantenerse siempre en el punto de vista del científico, profesional, evitando patriotismos pasionales y análisis morales de las dos Españas. No hace Sacristán diferencias entre las patologías de ambos bandos, ni tampoco de carácter racial. Intenta permanecer al margen de las polémicas entre los psiquiatras de ambos bandos. Analiza las cuestiones de forma puramente técnica, buscando explicaciones científicas a los problemas psiquiátricos planteados durante la contienda, procurando no dejarse arrastrar por las cuestiones político-sociales.

Su criterio de anteponer siempre la ciencia a otras cuestiones lo manifiesta también ya terminada la guerra, en plena época franquista, al comentar el aumento de neurosis en todas sus formas en la Segunda Guerra Mundial: "... en contra de lo que se esperaba, tratándose de un ejército vencedor, según determinadas teorías que no comparto, más de carácter político que científico".⁷⁷⁷

La aportación de Sacristán a la psiquiatría bélica es reducida y concreta, ocupándose de la guerra como factor causal de las neurosis de guerra, de los estados de agotamiento nervioso y de la simulación. Está en la línea ecléctica con predominio organicista y de inspiración germánica que caracteriza toda su obra.

14.1. LA GUERRA COMO CAUSA DE TRASTORNOS PSÍQUICOS

Para Sacristán, la guerra es un agente estresante como otros de similar intensidad, descartando la existencia de cuadros psiquiátricos específicos creados por la guerra. Citando a Kraepelin dice "la guerra no crea nuevas formas de enfermedad psíquica" y continúa:

... es erróneo hablar, por tanto, de psicosis específicas de la guerra. Ello se explica porque no hay en nuestro mundo circundante estímulo alguno formal, físico ni psíquico, al cual se subordine un modo determinado de reacción psíquica. Todo

⁷⁷⁷Sacristán (1946c), p. 112.

depende del propio individuo, el cual dispone, según su tipo constitucional, de modos de reacción propios. Es, pues, el factor constitucional el que condiciona y dirige las reacciones individuales no solo normales, sino anormales.⁷⁷⁸

Durante la guerra no hay aumento de las psicosis endógenas; el aumento de ciertos estados psicóticos que a veces se observa, puede deberse a que los enfermos son llevados antes al psiquiatra, por no poder ser atendidos por sus familias. Asimismo la evacuación de algunos centros psiquiátricos hace que las estadísticas de otros centros se recarguen.⁷⁷⁹

Desde el punto de vista de la etiología psiquiátrica, la guerra no es más que "un conjunto de estímulos de diversa magnitud afectiva y, por tanto, puede ser considerada como una causa de naturaleza psíquica".⁷⁸⁰ Si bien sería un error negar el valor etiológico de la guerra en la producción de alteraciones psíquicas, también sería equivocada la idea de considerarla como causa única de la mayor parte de los trastornos mentales que se presentan durante ella.⁷⁸¹

La mayoría de los psiquiatras coinciden con Sacristán. López Ibor considera que las verdaderas psicosis no aumentan durante la guerra.⁷⁸² Rojas Ballesteros opina que "las entidades psiquiátricas que aparecen en la guerra, son las mismas que habitualmente tropieza el psiquiatra en la vida civil".⁷⁸³ Dionisio Nieto reconoce que no hay un cuadro clínico específicamente debido a la guerra.⁷⁸⁴ Vallejo Nágera señala que la guerra no origina formas de psicosis o reacción psíquica patológica distintas a las que se observan en tiempo de paz.⁷⁸⁵ Para Mira López no podía hablarse en sentido estricto de trastornos psicopatológicos bélicos específicos. "No obstante, Mira llegó a creer -quizá sin una completa convicción- que tales trastornos existían, y así describió un cuadro especial al que denominó «psicorrexis»".⁷⁸⁶

⁷⁷⁸Sacristán (1937b), p. 93.

⁷⁷⁹Sacristán (1937b), pp. 93-4.

⁷⁸⁰Sacristán (1937b), p. 93.

⁷⁸¹Sacristán (1937b), p. 96.

⁷⁸²López Ibor (1942), p. 22.

⁷⁸³Rojas Ballesteros (1942).

⁷⁸⁴Dionisio Nieto (1937).

⁷⁸⁵Vallejo Nágera (1939). Tomado de Carreras Panchón (1986).

⁷⁸⁶Iruela (1987), p. 516.

Con respecto a las patologías más frecuente en la guerra, Sacristán considera a las reacciones psicógenas y psicopáticas, en cuyo desencadenamiento juega un papel fundamental el factor constitucional. También considera Sacristán el aumento de las psicosis sintomáticas, como consecuencia indirecta de la guerra, por infecciones (lúes), traumatismos cerebrales, estados de agotamiento físico, abuso de morfina y alcohol, etc.⁷⁸⁷ López Ibor detectó un aumento de las toxicomanías pero no del alcoholismo tras la guerra.⁷⁸⁸

Para Mira López los principales cuadros de la patología mental bélica serían las reacciones psicopáticas, las reacciones de automutilación, las neurosis de guerra, las fugas, las psicosis exógenas y sintomáticas y la psicorrexis.⁷⁸⁹

Sacristán destaca otras consecuencias de la guerra como "... un estado de irritabilidad colectiva que recuerda, por su modo de manifestarse, la sintomatología de ciertos estados psíquicos patológicos como, por ejemplo, la paranoia".⁷⁹⁰ Lo que para Sacristán no son más que fenómenos de la psicología de masas, que expresan el fracaso de la crítica individual ante la intensidad afectiva de las ideas, suponen para Vallejo un medio para ganar la guerra, cuando afirma que: "Para ganar la guerra el pueblo habrá de paranoidizarse (...) padeciendo una paranoia aguda...".⁷⁹¹

También destaca Sacristán la existencia de otras alteraciones colectivas, propias de la psicopatología de masas, como la tendencia a la formación de leyendas y mitos y la adjudicación al adversario de poderes extraordinarios, que pueden llegar a constituir la base de verdaderas psicosis colectivas. Asimismo, la guerra puede ocasionar una serie de alteraciones psíquicas que se manifiestan en la posguerra, como la mayor tendencia a las ciencias ocultas, debido a la debilidad de la resistencia psíquica.⁷⁹²

⁷⁸⁷Sacristán (1937b), pp. 93-4.

⁷⁸⁸López Ibor (1942), pp. 22-3.

⁷⁸⁹Iruela (1987), pp. 516-7.

⁷⁹⁰Sacristán (1937b), p. 95.

⁷⁹¹Vallejo Nágera (1939), p. 228.

⁷⁹²Sacristán (1937b), pp. 95-6.

14.2. LA NEUROSIS DE GUERRA

Sacristán se ocupa principalmente del aspecto terapéutico, sin entrar con detenimiento en el análisis teórico de la cuestión. Considera el problema del neurótico de guerra como el más importante que se le plantea a la Sanidad Militar.⁷⁹³

Coincide con Mira en que lo importante no es el aspecto teórico sino la solución práctica del problema.⁷⁹⁴

En López Ibor⁷⁹⁵ puede encontrarse una mayor aproximación a los aspectos teóricos; para él "no fueron los mismos los resultados obtenidos por los psiquiatras en zona roja que los obtenidos en la nuestra"; la proporción de alteraciones psicógenas de guerra "en un servicio rojo" era del 9,98% y en el nacional del 4,75%, muy inferior al resultado obtenido en la guerra europea de 1914, que era de un 23% de histéricos. Afirma que "... el hecho cierto es que en la guerra española apenas hubo neurosis de guerra",⁷⁹⁶ lo que ofrece un claro contraste con Sacristán para el que estas neurosis eran el mayor problema psiquiátrico en la guerra.

Finalizada la guerra existe casi unanimidad entre los psiquiatras acerca de la baja frecuencia de neurosis de guerra durante el período bélico, si bien se hace hincapié en una mayor frecuencia en el bando republicano. Sarró afirma que hubo una menor frecuencia de neurosis de guerra en el pueblo español y que había una mayor frecuencia "en el campo rojo que en el nacional".⁷⁹⁷ El Dr. Quirós lo achaca a que, los etiquetados de neurosis de guerra en el bando republicano eran "individuos que luchaban a la fuerza".⁷⁹⁸

Sacristán no aporta datos estadísticos sino que destaca la importancia del problema y, sobre todo, la necesidad de una adecuada asistencia.

Muchos años más tarde, Solé Sagarra intenta explicar esta cuestión:

La discrepancia entre lo que yo observé y lo que J. J. López Ibor y Vallejo Nágera publicaron tiene fácil explicación. Ambos describieron la psicopatología de un ejército triunfante -yo, la

⁷⁹³Recordemos que Sacristán es responsable de una Clínica de Neurosis de Guerra.

⁷⁹⁴Iruela (1987), p. 522.

⁷⁹⁵López Ibor (1942).

⁷⁹⁶López Ibor (1942), pp. 75-6.

⁷⁹⁷Discusión tras la ponencia de López Ibor (Neurosis de Guerra). En *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, núm. 1-2, p. 132, 1942.

⁷⁹⁸Discusión tras las ponencias de Rojas y López Ibor. En *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, núm. 1-2, p. 131, 1942.

de unos hombres acabados y sumidos en plena moral de derrota-. Las conversiones histéricas se iban multiplicando al compás del imparable derrumbe republicano...⁷⁹⁹

Citando a Kretschmer, Sacristán dice que: "la histeria no es una enfermedad, sino un modo de reacción anormal ante las exigencias y dificultades de la vida", y que todos, en determinados momentos de gran intensidad afectiva, podemos, "incluso la personalidad más diferenciada, manifestar reacciones histéricas (Gaupp), las cuales no son más que la puesta en marcha de mecanismos defensivos biológicos preformados, reflejos e instintos".⁸⁰⁰

La postura escéptica, respetuosa y científica que expone Sacristán contrasta con la de otros autores, por ejemplo Rojas Ballesteros que afirma "... la histeria es un medio de defensa personal, poco noble, indudablemente, pues la histeria es incompatible con el valor y la gallardía...".⁸⁰¹

En 1917 se había planteado en Alemania el tema de la histeria de guerra, existiendo dos bandos, por un lado el que consideraba la existencia de lesiones orgánicas en la histeria, liderado por Oppenheim, y el de Bonhöffer, Nonne y otros que consideraban motivos psicológicos.⁸⁰² Sacristán se alinea claramente con este segundo grupo, pero más en la línea de Kretschmer.

El eclecticismo de Sacristán queda de manifiesto cuando habla, por una parte, de mecanismos defensivos biológicos preformados, y, por otra parte, propone como alternativa terapéutica el tratamiento psicoterápico.

A pesar de que la nosología kraepeliniana había sido aprobada por el Consejo Superior Psiquiátrico y era comúnmente aceptada, la confusión terminológica era importante, con profusión de nombres. Podemos recoger los siguientes: neurosis, neurastenia, nerviosidad, neurastenia aguda, psicogénesis, histeria, psicopatía, reacción histérica, reacción psicopática, agotamiento nervioso, psicastenia, psicopatía asténica, neurosis orgánica y trastorno funcional.⁸⁰³ López Ibor y Rojas Ballesteros utilizan el término de "neurosis de guerra" mientras que Vallejo habla de

⁷⁹⁹Solé Sagarra (1989), p. 117.

⁸⁰⁰Sacristán (1938), p. 69. Cuatro años después en López Ibor (1942), p. 42, puede encontrarse la misma exposición. Esa misma definición la expresa Kretschmer (1928).

⁸⁰¹Rojas Ballesteros (1942), p. 109.

⁸⁰²López Ibor (1942), p. 30.

⁸⁰³López Ibor (1942), p. 32.

"psicosis de guerra".⁸⁰⁴ Mira considera como neurosis de guerra "todos aquellos cuadros de naturaleza psicógena desencadenados en un ambiente bélico".⁸⁰⁵ Vallejo utiliza el término de psicosis de guerra para los "síndromes clínicos que se presentan consecutivamente al deseo de eludir los riesgos y deberes de la guerra".⁸⁰⁶ Sacristán utiliza el término de neurosis de guerra.

El tratamiento del neurótico de guerra propuesto por Sacristán es la psicoterapia:

Un tratamiento psicoterápico activo en manos competentes, permite alcanzar resultados sorprendentes, incluso en individuos con síntomas neuróticos antiguos, asistidos en hospitales generales y abandonados a una terapéutica meramente expectante.⁸⁰⁷

Otros autores, como López Ibor, proponen como medios terapéuticos las medidas disciplinarias, el método de Kaufmann Kehrer, los diversos métodos sugestivos, la psicoterapia profunda en casos excepcionales y la terapéutica de trabajo.⁸⁰⁸

Mira propone diferentes tratamientos de tipo expeditivo según la manifestación externa. En el caso de las parálisis, aplicación de corrientes farádicas de intensidad algógena, en las convulsiones, ignorarlas o aplicar una presión en zonas algógenas. En el mutismo y afonía funcional, aspiración de éter hasta llegar al período euforizante y luego un método sugestivo. En las cegueras propone una mezcla de terapia sugestiva y coercitiva, en las sorderas, propone colocar al individuo en el lugar más ruidoso que halla hasta que recupere la audición, en los casos de anestesia propone aplicación de corrientes farádicas intensas.⁸⁰⁹

El plan terapéutico que propone Sacristán sigue las ideas de F. Lange y Nonne. La utilización de un tratamiento correcto y enérgico en vez del abandono en actitud expectante en un hospital general, produce una importante diferencia en los resultados. Es necesaria una terapéutica activa, enérgica y rápida. Si el síntoma

⁸⁰⁴Carreras Panchón (1986), p. VI.

⁸⁰⁵Iruela (1987), p. 522.

⁸⁰⁶Vallejo Nágera (1942), p. 12. Tornado de Abejaro (1987), p. 215.

⁸⁰⁷Sacristán (1938), p. 69.

⁸⁰⁸López Ibor (1942), p. 114.

⁸⁰⁹Iruela (1987), pp. 522-30.

neurótico no desaparece en cuatro días en un hospital de segunda línea, el enfermo debe ser llevado inmediatamente a un centro especialmente dedicado a neurosis de guerra y competentemente dirigido por un psiquiatra. Es de suma trascendencia para el éxito el llamado por Nonne "ambiente sugestivo" de la clínica, en el cual una compacta mayoría de "curados" ejerce una acción sugestiva sobre el resto y los nuevos ingresos.⁸¹⁰

La actividad de la clínica de neurosis de guerra se guía por tres fases: 1º Preparación del neurótico para el momento de la cura. 2º Momento o acto de la cura. 3º Tratamiento posterior a ésta. Para obtener el ambiente terapéutico apropiado es preciso que no haya más de cuarenta camas por médico, constituyendo cada una de estas secciones una unidad independiente, bien adscrita a un hospital general o asociada con otras similares formando una clínica de neurosis de guerra, siendo éste último tipo el preferido por Sacristán, pues todos los servicios seguirían el mismo criterio psicoterápico que dirige la clínica, siendo el ideal que la clínica de neurosis de guerra se halle próxima a un establecimiento psiquiátrico o anexo a éste. Aparte de los detalles de emplazamiento y organización estática, Sacristán aborda la actitud del psicoterapeuta:

Sin entrar en detalles acerca de la actitud preferente del psicoterapeuta de guerra frente a sus casos, baste hacer constar aquí que el prejuicio ético, implícito en el criterio de algunos, no presenta ventaja alguna para el tratamiento. En nuestro sentir es, en gran número de casos, perjudicial. Tacto, dominio de sí mismo, seriedad, comprensión, en suma, como aconsejan muchos psicoterapeutas de guerra: *fortiter in re, suaviter in modo*, según la frase conocida de Nonne.⁸¹¹

También destaca la importancia de la selección y distribución de enfermos para el éxito de la psicoterapia. "El ideal, según F. Lange, es albergar cada caso en una sala en la que la mayoría la constituyan casos ya curados". En cuanto al método psicoterápico, Sacristán considera que cualquiera es excelente, lo importante es que sea dominado por el psicoterapeuta:

Las estadísticas de la guerra mundial señalan un porcentaje de éxitos en el 90 al 100 por 100 de los casos, tanto en uno como en otro procedimiento: hipnosis, método de Kauffmann,

⁸¹⁰Sacristán (1938), p. 70.

⁸¹¹Sacristán (1938), p. 72.

narcosis sugestiva, sugestión vigil, ergoterapia, tratamiento mixto, etc. (...) El psicoterapeuta de guerra, sea uno u otro el método de elección debe afirmar con energía, en todo momento y ocasión y con fuerza convictiva, ante el enfermo, su curación. Quien no sea capaz de sostenerse en esa actitud, a partir de diagnóstico de la alteración neurótica, fracasará ruidosamente en su función psicoterapéutica.⁸¹²

Es importante que el médico no delegue en ayudantes. Antes de la sesión curativa debe mantenerse el aislamiento del paciente del exterior, siguiendo la idea de Kehrer: "Ante el dilema: aburrimiento a solas con su síntoma, ordenado por el médico, o liberación del mismo, prestándose al tratamiento, la elección no será dudosa para el enfermo".⁸¹³

El trabajo psicoterápico deberá permitir que en una semana el enfermo se halle libre de sus síntomas. El ideal es lograr la completa desaparición del síntoma en una sola sesión, destacando la importancia de cambiar al enfermo de sección en caso de fracasos repetidos para evitar el mal ejemplo que implica para los demás pacientes. La experiencia de Sacristán coincide con la de Lange al indicar el peligro que supone "la impurificación del material con psicópatas graves y enfermos psicóticos" y está de acuerdo con Liebermeister en que "en estos casos hay que limpiar hasta el último hombre de la sección y volver a empezar desde el principio".⁸¹⁴

En la tercera fase, posterior al acto de la curación, debe concederse permiso al enfermo durante unas horas o un permiso familiar si el lugar de residencia no está lejos. El objetivo, para Sacristán, es la reintegración psíquica y física del individuo, para lo cual el mejor método es el trabajo.

Al final del artículo, Sacristán desliza de forma sutil su oposición a los criterios imperantes en el bando republicano:

Respecto de la cuestión capital derivada de la curación del neurótico de guerra relativa a su reintegración total al servicio activo, tan solo indicaré aquí, ya que entre nosotros se halla regulada por disposiciones especiales, cuya crítica no creo pertinente,⁸¹⁵ que, siguiendo el criterio de otros psiquiatras, es preciso, para tomar una decisión definitiva, un estudio previo,

⁸¹²Sacristán (1938), p. 73.

⁸¹³Sacristán (1938), p. 74.

⁸¹⁴Sacristán (1938), p. 76.

⁸¹⁵El subrayado es mío.

cuidadoso y profundo de la personalidad de cada caso, si no se quiere perder todo lo anteriormente logrado.⁸¹⁶

Cabe destacar, pues, que para Sacristán el problema de las neurosis de guerra era importante, que las considera, en la línea de Kretschmer, como reacciones anormales en las que predominan los factores psicológicos y que el tratamiento es la psicoterapia, desarrollando un plan terapéutico concreto y detallado. Asimismo omite juicios de valor acerca del significado de dicho trastorno. Su actitud terapéutica es menos expeditiva y más humana que la propuesta por los autores más representativos de ambos bandos.

14.3. LOS ESTADOS DE AGOTAMIENTO NERVIOSO

Sacristán los define como "ciertas formas de debilidad neuropsíquica que suelen observarse en individuos, anteriormente sanos, sometidos a un esfuerzo físico y psíquico prolongado acompañado de intensa emoción". También los llama estados de debilidad nerviosa adquirida o reacción neurasténica exógena, y los diferencia de la neurastenia constitucional, según Kraepelin y Hauptmann, "en que en ellos se trata tan solo de estados subsiguientes al esfuerzo activo llevado a límites extremos".⁸¹⁷

El interés teórico de estos trastornos radica en que plantea el problema de la existencia de alteraciones neuropsíquicas en individuos constitucionalmente sanos. El hombre dispone de medios de defensa especiales contra el agotamiento, fundamentalmente la fatiga, "que es la defensa espontánea y normal que acompaña al esfuerzo para evitar que la función se agote". La voluntad u otros factores externos (excitantes) pueden impedir la influencia beneficiosa de la fatiga, y la acumulación de productos tóxicos consecuencia de la fatiga influirán sobre el órgano sometido al esfuerzo lo que implica el descenso del rendimiento y la imposibilidad de continuar el esfuerzo. La fatiga se debilita por el exceso de excitabilidad y la sensación de cansancio no tiene lugar, por lo que los mecanismos de autodefensa del organismo fracasan en su función.⁸¹⁸

⁸¹⁶Sacristán (1938), p. 77.

⁸¹⁷Sacristán (1937c), p. 15.

⁸¹⁸Sacristán (1937c), p. 16.

Esta hipótesis es, según Sacristán, aplicable al sistema nervioso. Los síntomas de este estado serían la irritabilidad del ánimo, imposibilidad de actividad física y psíquica e imposibilidad de lograr el descanso a pesar de su necesidad; sueño deficiente, cefaleas, dolores musculares, temblor, astenia y parestesias:

En suma, no hay inconveniente alguno en admitir que la esencia del agotamiento nervioso radica en la acción de un acúmulo de productos tóxicos consecuencia de la fatiga, los cuales son causa de alteraciones prolongadas de la función de los órganos reguladores de la actividad psicofísica.⁸¹⁹

Es importante separar a estos pacientes del resto y colocarlos en condiciones de máximo reposo. Las reacciones neurasténicas son más frecuentes en personas con mayor responsabilidad, como había señalado Kraepelin.⁸²⁰

Sacristán hace un abordaje plenamente organicista y considera que el proceso se rige por un mecanismo puramente biológico y en ningún momento hace alusión a la guerra civil española.

14.4. LA SIMULACIÓN

Una de las cuestiones que levantó importantes discrepancias entre los psiquiatras nacionales, durante la guerra civil, fue el tema de las reacciones histéricas y la simulación. La mayoría de los psiquiatras se van involucrando en la guerra y se manifiestan en un sentido de crudeza y severidad con el enfermo. Solé Sagarra habla acerca del problema de la simulación en el bando republicano y los tratamientos utilizados:

En la "Clínica Militar Psiquiátrica" de Jijona disponíamos de una gran sala para tratamiento sugestivo, con ambiente apropiado y aplicación de corrientes farádicas, de forma aparatosa, inspirada en el modelo de psicoterapia instrumental. Allí se acumulaban las muletas, bastones y otras burdas prótesis que, a manera de exvotos, habían dejado de precisar los numerosos casos de histeria mayor por nosotros curados. Esas variopintas parálisis, cegueras, sorderas, reumas, convulsiones, etc., no eran tanto reacciones del tipo neurosis de guerra -según denominación ya superada- cuanto histeria de

⁸¹⁹Sacristán (1937c), p. 17.

⁸²⁰Sacristán (1937c), pp. 16-8.

conversión propiamente dicha. El puente semiológico en el continuum simulación-histeria-neurosis era lo que entonces se denominaba neurosis de desco, concepto hoy inexistente.⁸²¹

En el bando republicano se imponen los criterios de Mira, que estaba intensamente preocupado por las implicaciones negativas que producían los simuladores e histéricos en la tropa. Su afán en el desenmascaramiento de los simuladores llevó a Mira a utilizar inyecciones de metrazol (cardiazol) o corrientes farádicas de intensidad algógena.⁸²²

Dionisio Nieto también aborda la cuestión partiendo de la idea de la histeria como enfermedad elaborada por la voluntad del enfermo que crea su propia sintomatología en busca de una ganancia, la relación médico-enfermo. Nieto argumenta que no es justo evitar el peligro a los sujetos que mediante la enfermedad evitan el riesgo de muerte, favoreciendo que se produzca una selección inversa en la que mueren los sanos. Por ello la guerra impone una ruptura de hostilidades entre el médico y el histérico, reinsertándolo lo más rápidamente posible a la vida militar activa y actuando con severidad inflexible.⁸²³

Los psiquiatras del bando nacional se hacen eco de una escasa presencia de reacciones histéricas en su bando. López Ibor da, incluso, una explicación a tal hecho, basándose en factores raciales y sociales.⁸²⁴

Solé Sagarra habla del perfeccionamiento de la capacidad simuladora en el bando republicano de tal manera que, al día siguiente de terminar la guerra, enfermos epilépticos, esquizofrénicos o maniaco-depresivos en los que no había duda diagnóstica salieron hacia sus casas "asegurándonos que nunca habían adolecido del más mínimo problema psiquiátrico o psicológico".⁸²⁵

González Pinto considera que, con excepción de los débiles mentales que realizan imitaciones, el uso del término simulación es inadecuado. Sería más preciso hablar de sobresimulación en la mayoría de las ocasiones de psicosis reactivas (incluidas las de situación, carcelarias, de deseo de no ir al frente) en las que un estímulo desagradable lleva al refugio en la enfermedad. Los casos de simulación

⁸²¹Solé Sagarra (1989), p. 117.

⁸²²Iruela (1987), 522-9.

⁸²³Carreras Panchón (1986), p. VII.

⁸²⁴López Ibor, citado por Abejaro (1993), p. 221.

⁸²⁵Solé Sagarra (1989), p. 118.

deliberada son contadísimos. Utiliza para el diagnóstico diferencial la prueba de hiperventilación de Foester e inyecciones de cardiazol.⁸²⁶

Sacristán va a ser el primero de los psiquiatras de ambos bandos que va a levantar su voz en contra de la actitud excesivamente severa que se estaba generalizando, mostrando su discrepancia frente a los criterios utilitarios y belicistas que se imponían:

... constituye una grave falta tratar explícita o implícitamente al neurótico de guerra, sin más como simulante. Todos los psicoterapeutas de guerra, unánimemente, coinciden en ello, puesto que la simulación pura es una rareza. La menor indicación en este sentido provoca en el enfermo una actitud de indignación contra el médico y simultáneamente se centuplican las resistencias del mismo a toda acción psicoterápica.⁸²⁷

La humanidad y la profesionalidad de Sacristán se ponen de manifiesto cuando, sin dejarse arrastrar por los duros criterios imperantes, dice: "De todos los métodos son preferibles aquellos que, como la hipnosis y la sugestión farádica suave, no son dolorosos".⁸²⁸

López Ibor, cuatro años después, va a coincidir con Sacristán, separando la simulación de la reacción histérica:

... A cada emoción acompaña un cortejo orgánico. Si está enfermo, la enfermedad se expresa por unos síntomas ligados, como por una ley interna, con el propio ser de la enfermedad. Cuando los hechos suceden así, se dice que todo aquello es auténtico. Cuando no, se dice simulado. (...) Por esto no se puede hablar de simulación en la reacción histérica.⁸²⁹

Bumke considera que la simulación juega un papel importante en la producción de síndromes histéricos, aunque pone de manifiesto que no siempre es fácil separar las nociones de simulación y de enfermedad:

En la mayoría de los casos haremos bien en prescindir de las palabras «simulación» y «enfermedad» y no ocuparnos de si los soldados histéricos quieren, o no, ser curados, sino de saber

⁸²⁶González Pinto (1942), p. 140.

⁸²⁷Sacristán (1938), p. 73.

⁸²⁸Sacristán (1938), p. 75.

⁸²⁹López Ibor (1942), pp. 104-5.

con cuanta intensidad lo desean y de averiguar si en algún punto apartado de su conocimiento ha germinado otro deseo, a saber, el producido por las ideas de que quizás les reporte un beneficio continuar enfermos.⁸³⁰

Podemos conocer la opinión que tenía Sacristán sobre la simulación a través de sus enseñanzas en el Instituto de Estudios Penales, aunque con la salvedad de referirse a la simulación en el medio carcelario.

Desde un punto de vista psicológico la simulación puede incluirse, como la mentira, entre aquellas reacciones psíquicas primitivas de huida y desviación, de las cuales ya el niño se sirve de ordinario, para evitar y soslayar situaciones penosas. La simulación es, en cierto modo, semejante al mimetismo de los animales, un arma de defensa y protección biológica del carácter del enmascaramiento. No puede llamar la atención ni chocar que, precisamente las naturalezas primitivas, tan frecuentes en los criminales, se sirvan de este medio auxiliar en su lucha contra las sanciones que la sociedad les impone.⁸³¹

Para la valoración de la frecuencia de la simulación, Sacristán concede gran importancia a la "situación de la observación", o sea, a las condiciones especiales de la observación, como las circunstancias o el lugar. Resalta dos factores que influyen en la frecuencia de la simulación: la raza y las peculiaridades de los pueblos, pero cree que estos factores no se han analizado "de un modo totalmente libre de objeciones".⁸³²

Considera que hay dos criterios para el diagnóstico de la simulación, un criterio negativo, es decir, "el que diagnostica la simulación merced a la demostración de la no-existencia de enfermedad mental cierta", y el criterio positivo, el cual considera que sí es posible demostrar de un modo inmediato la simulación. Tras analizar ambos criterios concluye que "en suma, puede afirmarse sin riesgo alguno de error, que no hay signos unívocos y absolutos de la simulación y que no disponemos tampoco de métodos seguros para su demostración positiva". Asimismo recoge la idea admitida por muchos autores de que la simulación surge siempre en el terreno patológico, y, por tanto, la simulación es siempre indicativa de una anomalía

⁸³⁰Bumke (1927), p. 425.

⁸³¹Sacristán. IEP, 25-5-33, p. 9.

⁸³²Sacristán. IEP, s/f, pp. 1-7.

psíquica. También explica el concepto de las psicosis de simulación psicógena de Birnbaum y su diferencia con la simulación:

La simulación pura es un proceso consciente, subordinado permanentemente al control de la atención consciente y a la voluntad; mientras que la psicosis de simulación psicógena es un proceso subconsciente o inconsciente, que transcurre libre del control de la atención y de la voluntad, aunque en su principio haya sido estimulado por tendencias a la simulación más o menos claras.⁸³³

La aportación de Sacristán a la psiquiatría de guerra se caracteriza por su postura científica, humana y antibelicista, no dejándose conducir por las influencias ideológicas de la contienda, siendo su más destacada y original aportación su actitud en el tratamiento de las neurosis de guerra en contra de los criterios excesivamente belicistas y su visión del simulador como un posible enfermo.

⁸³³Sacristán. IEP, s/f, pp. 1-7.

CAPÍTULO 15: IDEAS ACERCA DE LA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL PSIQUIÁTRICA ESPAÑOLA

15.1. LA SITUACIÓN ASISTENCIAL

Una de las grandes preocupaciones de Sacristán fue la modificación y mejora de la asistencia al enfermo mental. Para ello realizó, junto a otros profesionales, una tarea divulgativa dirigida al gran público, para llamar la atención de los responsables políticos y presionar a las autoridades para cambiar la legislación, presentando proyectos alternativos que permitieran una asistencia psiquiátrica moderna.

Sacristán regresó de Alemania vivamente impresionado por la organización y estructuras de la psiquiatría alemana. Por ello, tras su regreso a España, comenzó la tarea de modernizar la psiquiatría española, a sabiendas de la dificultad de dicha labor:

No se nos oculta la dificultad de esta empresa; pero aunque a priori tengamos la certidumbre de nuestro fracaso, no debemos desanimarnos y persistir, no obstante se halle muy lejana la realización de nuestro ideal. Todos los países han vivido una época semejante, y gracias a los esfuerzos de sus psiquiatras han logrado una reforma radical de sus sistemas de asistencia a los enfermos mentales.⁸³⁴

Una gran parte de los esfuerzos de Sacristán se dedicó a la crítica del atraso en que se encontraba la psiquiatría española.

A través de sus artículos en el diario *El Sol* y la revista *España* intenta despertar el interés por todo lo relacionado con la psiquiatría y denunciar el abandono y falta de interés por los temas psiquiátricos: "En España no se ha sentido nunca, desgraciadamente, el más mínimo interés ni la curiosidad más ligera por todo cuanto se relaciona con la Psiquiatría, tanto desde el punto de vista médico como social".⁸³⁵

Sacristán⁸³⁶ expone las causas que, a su juicio, han conducido y permitido la situación de atraso de la psiquiatría en España:

⁸³⁴Sacristán (1921a), p. 2.

⁸³⁵Sacristán (1918e).

⁸³⁶Sacristán (1923e).

- La carencia en la medicina española de una personalidad creadora que organizara de forma científica los servicios psiquiátricos.⁸³⁷
- El desconocimiento de la labor que habían realizado anteriormente los médicos que tenían a su cargo la asistencia de los enfermos mentales. "No es aventurado, por tanto, afirmar que carecemos de abolengo psiquiátrico. La trascendencia de este hecho es innegable, y fácilmente se comprende cómo nuestra situación actual es consecuencia directa de él".
- El carácter propio de la psiquiatría, la carencia de una terapéutica rápida y segura y la creencia de la incurabilidad de las enfermedades mentales que habían mantenido apartados a los médicos más dotados.
- La orientación de los estudios médicos en España, que conducía a la formación de profesionales que destacaban como médicos prácticos, no como hombres de capacidad creadora.⁸³⁸

Sacristán es consciente de que el progreso de la asistencia a los enfermos mentales depende de la iniciativa de los psiquiatras. Critica la pasividad del Estado, pero considera máximos culpables a los psiquiatras que no han sabido actuar con la diligencia necesaria y a la medicina nacional que no ha mostrado interés por los estudios psiquiátricos: "La ignorancia psiquiátrica oficial del médico español es hoy, seguramente, la causa primordial que mantiene nuestro atraso, constituyendo el máximo obstáculo al progreso de la psiquiatría práctica en España".⁸³⁹

También considera culpables del atraso psiquiátrico español, no solo a los psiquiatras en general, sino a los que han asesorado técnicamente al Estado:

El Estado español no ha cumplido jamás sus deberes psiquiátricos más elementales. Claro está que la culpa es, en primer lugar, de sus consejeros técnicos, que no han sabido señalarle el camino preciso para el cumplimiento de su deber.⁸⁴⁰

Sacristán no hace una denuncia abstracta de la situación asistencial nacional sino que señala concretamente las causas de tal situación y a los diferentes responsables. Dentro de sus aportaciones a la reforma se pueden distinguir una serie

⁸³⁷Sacristán considera como puramente caritativo, sin trascendencia para la ciencia psiquiátrica, el hecho histórico de la creación en Valencia, en 1410, de un centro para locos y vagabundos.

⁸³⁸Sacristán (1923e).

⁸³⁹Sacristán (1921a), p. 2.

⁸⁴⁰Sacristán (1925f).

de etapas: la denuncia de la situación real de la asistencia que permitiera la concienciación social y del Estado, la reivindicación del enfermo mental como un enfermo orgánico más, y la propuesta concreta, en forma de planes, de respuestas a los problemas.

15.2. LA CONSIDERACIÓN DEL ENFERMO MENTAL

Entre los aspectos negativos de la situación psiquiátrica española estaba la imagen popular negativa, temerosa y despectiva, del enfermo mental ("del demente").

La imagen popular que se tenía del enfermo mental era la de un ser peligroso, que precisaba un control policial en las situaciones urgentes. Sacristán abogaba por una humanización del trato al enfermo mental; recuerda que son enfermos, no malhechores, que precisan atención médica:

...la asistencia de urgencia psiquiátrica se halla actualmente en manos de los guardias de orden público, y el público está habituado a no ver junto al enfermo mental sino a un par de guardias, como si se tratara de terribles malhechores que han de ser conducidos al calabozo.

En ninguna parte del mundo civilizado ocurre lo que en España, y jamás es la Policía la que se ocupa de atender al enfermo mental sino bajo la autoridad del médico, el cual debe acudir urgentemente a la cabecera del enfermo y disponer del personal de enfermeros necesarios para con la máxima rapidez ingresar en la clínica al enfermo, y no dilatar su hospitalización con largos y pesados formulismos...⁸⁴¹

En otro artículo, Sacristán reivindica la figura del enfermo mental e insiste en la necesidad de mejorar su asistencia:

Inútilmente se intentará por los profesionales de la Medicina interesados por la solución de un determinado problema sanitario o en la modernización de un vergonzoso estado de asistencia, dirigir la atención del profano en tal sentido, con objeto de alcanzar un auxilio económico o por lo menos un estado de opinión general capaz de exigir al Estado el cumplimiento de su deber; su labor será estéril. Tal ha acontecido hasta ahora a la asistencia al enfermo mental, es decir, a la asistencia manicomial. Ni las diversas denuncias concretas publicadas en los periódicos diarios de graves y punibles faltas cometidas en varios manicomios del país, ni las

⁸⁴¹Sacristán (1923d).

públicas conferencias ilustradas de una casuística truculenta, que recordaba el trato medieval a que era sometido el demente, han sido suficientes para conmover a la opinión, cuya indiferencia afectiva ha permanecido inmutable, como si tal estado de atraso fuera un relato novelesco de algo acontecido en otro planeta.

(...) hay, igualmente, en España otro gran grupo de enfermos que merece ser tratado como tal y no vivir, fuera de muy contadas excepciones, en las más dolorosas condiciones que, actualmente, y por desidia de la generalidad, y muy en primer lugar del Estado español, está obligado a vivir. Los altos muros de los manicomios españoles (excesivamente altos, por desgracia) ocultan una de las mayores plagas de la sociedad moderna, que el sano no debe ignorar, (...).⁸⁴²

Abunda en la consideración de enfermo de los alienados y en la necesidad de un manejo exclusivamente psiquiátrico:

No todo enfermo mental es peligroso, ni aún siéndolo debe ser tratado sólo desde el punto de vista policiaco. El psiquiatra, solamente el psiquiatra, se halla capacitado para manejar este sistema.⁸⁴³

Recuerda que los psiquiatras son los únicos capacitados para organizar la asistencia psiquiátrica y el deber ineludible "de velar continuamente por nuestros enfermos, los cuales, en su mayor parte, en nuestro país, son víctimas del egoísmo y el miedo de la sociedad".⁸⁴⁴

En la revista *España*, critica la similitud que se pretende establecer entre locos y presos, a propósito de la inauguración del buque-hospital "Barceló", dedicado al transporte de heridos y enfermos desde Africa. En las noticias de prensa que abordan dicho tema, se cita la existencia, en el buque-hospital, de "dos departamentos para locos o presos" junto a las secciones para enfermos y heridos:

¿Locos o presos? La unión de ambas denominaciones es vergonzosa e imperdonable y no debe pasarse en silencio. Es indudable- (...) -que el organizador del buque-hospital ha reaccionado ante este problema sanitario de idéntico modo al profano, para el cual todo enfermo mental es un sujeto peligroso, y con absoluta tranquilidad ha dispuesto para el loco el mismo sistema de conducción que para el delincuente, atento

⁸⁴²Sacristán (1923c). El subrayado es mío.

⁸⁴³Sacristán (1921a), p. 4.

⁸⁴⁴Sacristán (1923d).

sólo a un arcaico concepto de peligrosidad que nada tiene que ver con el moderno "estado de peligrosidad" de algunos enfermos mentales.⁸⁴⁵

Sacristán se opone al uso de la camisa de fuerza para el transporte de los enfermos mentales y para la reducción de agitados y propone un sistema más moderno y humano:

La contención química (empleo de narcóticos) que actualmente substituye el bárbaro sistema de las ligaduras, es el procedimiento más adecuado para el transporte del enfermo mental agitado: el enfermo dormido, bien abrigado, es fácilmente conducido donde sea y a cualquier distancia, y el espectáculo de su conducción en modo alguno causa la impresión de horror del demente furioso, que pugna por librarse de las ligaduras que se hunden en sus carnes.⁸⁴⁶

En resumen, puede encontrarse una parte de la obra de Sacristán en la que se hace una repetida llamada, dirigida a los ciudadanos, a los médicos y a los políticos, reivindicando la consideración prioritaria de "enfermo" de los alienados, necesitados de un trato más humano y de acuerdo con las técnicas más modernas.

15.3. EL ESTADO DE LOS MANICOMIOS

Las quejas sobre el estado de los manicomios españoles pueden encontrarse desde mucho antes de que Sacristán y la generación de Archivos de Neurobiología desplegaran sus esfuerzos en tal sentido.

Puede citarse, por ejemplo, el trabajo de Francisco Mendes Alvaro,⁸⁴⁷ en el que expone su idea acerca de como debe ser una "casa de locos modelo", que iba a construirse en Madrid y la necesidad de una formación específica para los médicos:

... deberá el Gobierno adoptar desde luego, con discreta previsión, las disposiciones más oportunas a fin de crear instruidos directores y médicos para las casas de dementes; lo que la Comisión entiende podría lograrse muy cumplida y fácilmente, si transcurridos algunos años se exigiera, como condición precisa para optar a las vacantes de médicos de los

⁸⁴⁵Sacristán (1922c).

⁸⁴⁶Sacristán (1922c).

⁸⁴⁷Mendes Alvaro (1874).

manicomios, la de presentar, a más del diploma de médico, un certificado que acreditara haber seguido en el manicomio modelo uno o más cursos teórico-prácticos de enfermedades mentales.⁸⁴⁸

El objeto del manicomio es al mismo tiempo científico y benéfico, con una doble vertiente de curación y refugio.⁸⁴⁹

También publicó, a lo largo de varios números, un trabajo sobre el manicomio de Toledo, el doctor Fernando Sánchez,⁸⁵⁰ que sustituyó a Zacarías Benito González como director de dicho manicomio. En dicho trabajo Sánchez denuncia la alta mortalidad de su manicomio (un 50%) y las malas condiciones de higiene, aseo y alimentación que posee:

... el resultado de mi examen fue muy poco favorable al manicomio, si tal puede llamarse al Nuncio de Toledo, y a medida que fui conociendo la especialidad, pude convencerme más y más de lo mucho que faltaba a éste para hallarse a la altura que la ciencia reclama en la actualidad.⁸⁵¹

Expone las nuevas tendencias de tratamiento colonial o familiar, reconociendo la dificultad de llevarlo a cabo por la visión social del enfermo mental.

Esquerdo (1878) también había denunciado el estado de los manicomios:

... la España oficial se ha mostrado refractaria al espíritu de reforma, por cuanto los manicomios oficiales siguen en el mismo ser y estado que a últimos del siglo XVIII, y dígasenos si los establecimientos de aquella época mejor montados son dignos en manera alguna del tercio último de nuestro siglo.⁸⁵²

Los trabajos y denuncias llevados a cabo, ya entrado el siglo XX, por Sacristán, Fernández Sanz, Lafora y otros compañeros de generación se caracterizaron por poseer un carácter más científico y más moderno, en gran parte debido a los conocimientos adquiridos en sus estancias en el extranjero. Con

⁸⁴⁸Mendes Alvaro (1874), p. 4.

⁸⁴⁹Mendes Alvaro (1874), p. 5.

⁸⁵⁰Sánchez (1877).

⁸⁵¹Sánchez (1877), p. 209.

⁸⁵²Esquerdo (1878), p. 164.

Sacristán y su generación la psiquiatría aparece como una rama más dentro de la medicina, se presenta como una ciencia alejada de prejuicios y oscurantismo.

Lafora publicó, en 1916, un artículo en *España*, en el que denuncia la situación manicomial española, comparándola con la del extranjero.⁸⁵³

Esquerdo y Simarro, en Madrid, Giné y Partagás, en Barcelona, se hallan a la cabeza de este movimiento reformador y reivindicativo psiquiátrico.

Sucesivamente se van publicando artículos de diferentes autores que denuncian la situación psiquiátrica, encaminados a una renovación legislativa y asistencial.

Sacristán no fue un hombre encerrado en el manicomio, ajeno a la realidad del país. Con su espíritu crítico, se ocupó de alzar su voz y difundir la lamentable situación de la psiquiatría en España. Del estado de los manicomios se ocupa el primer artículo que publica Sacristán en el diario *El Sol*, con un fuerte contenido crítico: "El Manicomio ha sido siempre la expresión de la cultura de los pueblos. Su historia es un trágico relato de horrores y martirios, saturados de la más refinada inhumanidad".⁸⁵⁴

Toma de Kraepelin la idea del manicomio actual: "El Manicomio actual es un hospital como cualquier otro, con la única diferencia, por la índole de sus enfermos, que la entrada y salida no depende del enfermo, sino de los médicos y de la ley". No son solo lugares de albergue sino que deben procurar la curación para poner al enfermo en condiciones de reanudar su vida civil. Sacristán hace un recorrido por las diferentes reformas manicomiales que se habían producido en diferentes lugares, desde el italiano Valsalva (1710), Zuke (1796), el *non restraint* preconizado por Conelli hasta la *open-door* en Escocia.⁸⁵⁵

El tema de la situación manicomial es de un gran interés para Sacristán y sabe lo que representa en una sociedad:

No es necesario acudir a las cifras de la estadística para demostrar que el número de los enfermos mentales manicomiables aumenta en nuestro país pavorosamente, y que, por lo tanto, es cada vez más urgente organizar seriamente la profilaxis de las enfermedades mentales, y muy en primer lugar modernizar nuestro arcaico y anticientífico sistema de

⁸⁵³Moya (1986), p. 216.

⁸⁵⁴Sacristán (1918c).

⁸⁵⁵Sacristán (1918c).

asistencia al enfermo mental, hoy abandonado y atendido vergonzosamente.⁸⁵⁶

...el manicomio no es ya -y donde lo sea debe procurarse reformarlo- la antigua prisión lóbrega y terrible donde el enfermo es aherrojado por la sociedad para librarse de sus molestias y de sus peligros. No; el manicomio es una clínica donde el enfermo psíquico recibe asistencia médica y donde todo contribuye a su curación y a su cuidado. El manicomio es la institución humanitaria de mayor trascendencia para un país, y no algo que deba dejarse al margen y atender secundariamente, como un depósito de lo inútil y vergonzoso que merezca vivir oculto.⁸⁵⁷

Critica la falta de conocimientos, de interés y de preocupación de los legisladores ante los problemas psiquiátricos:

De aquí que en ellas [las disposiciones legales] se vea desatendida la técnica manicomial, es decir, la asistencia al enfermo, que no ha merecido ser tenida aún en consideración. Si el Estado hubiese seguido atentamente el progreso de la psiquiatría práctica, se hubiera evitado infinitos incidentes y numerosas faltas impropias de la época actual, que nos avergüenzan a todos. Le hubiera sido dado exigir un mínimo de obligaciones y deberes dentro de los manicomios, absolutamente indispensables en todo establecimiento moderno. No basta con dejar al enfermo dentro del manicomio, sino que es necesario velar por su posible curación. El manicomio, además de asilo, es, ante todo, una clínica, cuyo cometido es actualmente uno de los que exigen mayores gastos. No es la vieja prisión. Todos debemos contribuir activamente, técnicos y profanos, y no cejar hasta que la asistencia al enfermo mental sea en España idéntica a la que en otros países hoy se practica.⁸⁵⁸

Sacristán denuncia la visión equivocada que se tiene del manicomio:

El manicomio no es, como dice la Real orden de 26 de noviembre de 1903, que aclara lo preceptuado en el art. 5º de la de 1885, «un sistema duro y represivo», sino un hospital o clínica médica donde el enfermo debe ser atendido como tal.

⁸⁵⁶Sacristán (1923c).

⁸⁵⁷Sacristán (1924f).

⁸⁵⁸Sacristán (1925f).

Jamás debe considerarse el manicomio como un reformatorio penitenciario.⁸⁵⁹

Entre las razones que impiden el progreso manicomial en España, Sacristán cita la indiferencia colectiva, la falta de auxilio del Estado y de la munificencia particular y la carencia de enseñanza oficial de la psiquiatría que implicaba el desconocimiento teórico y práctico, no solo de los médicos sino del personal subalterno.⁸⁶⁰

En definitiva, Sacristán denuncia no solo el estado de los manicomios sino sus principios de utilización. Considera que el manicomio tiene que dejar de ser un centro de depósito y convertirse en un centro terapéutico donde se procure la curación y reinserción del enfermo mental. Debe limitarse su uso a los casos agudos y dejar de ser el centro de la asistencia psiquiátrica, debiendo desarrollarse, para ello, la asistencia extramanicomial.

15.4. LA NECESIDAD DE UNA REFORMA LEGISLATIVA

Uno de las mayores contribuciones de Sacristán a la reforma de la asistencia manicomial española fue en el campo legislativo. Ya se ha citado el clima existente gracias a las denuncias de autores como Lafora, Fernández Sanz y otros con una campaña en pro de la reforma psiquiátrica, a la que se suma Sacristán. Éste contribuye con un trabajo "Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España", en el que considera necesario no solo la reforma de la asistencia manicomial sino que incluye toda la asistencia psiquiátrica.

La continua denuncia que hace Sacristán de la situación de la asistencia al enfermo mental en España trasciende nuestras fronteras y, en 1924, publica en Alemania un trabajo sobre dicho tema, en el cual expone el lamentable atraso de la asistencia en España, la ausencia de formación psiquiátrica en las universidades, los problemas de una legislación anticuada que dificulta la actividad del médico y la falta de colaboración por parte de las autoridades.⁸⁶¹

⁸⁵⁹Sacristán (1921a).

⁸⁶⁰Sacristán (1918e).

⁸⁶¹Sacristán (1924d).

En el artículo anteriormente citado, publicado en 1921,⁸⁶² critica la legislación vigente (Real Decreto de 1885) y propone una nueva normativa legal.

Este trabajo tuvo una gran trascendencia pues, no solo sirvió de ponencia en la reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras tres años después, sino que fue un trabajo muy citado por los autores de la época. No solo se limita a la crítica sino que expone una serie de medidas que deben implantarse en la asistencia en España, medidas que "importa" de autores alemanes. Es uno de los primeros que expone un conjunto de medidas, un esbozo de proyecto de reforma asistencial.

En este trabajo, va desgranando diferentes aspectos asistenciales; con respecto al ingreso de los enfermos, se muestra contrario al espíritu que guía la ley, en el que prima el temor al ingreso involuntario de sujetos sanos. Esto conlleva un gran número de trámites para el ingreso del enfermo mental, lo que, a juicio de Sacristán, entorpece la rápida atención por parte del psiquiatra. Confronta la visión estrictamente jurídica que sigue la ley vigente y el punto de vista médico:

Para el médico la reclusión lleva un solo fin: el tratamiento o la asistencia. Mientras el jurisconsulto, (...), juntamente con el profano, considera la reclusión solamente como la privación de la libertad, el médico desea asistir al enfermo rápidamente; el jurisconsulto solo atiende a evitar la reclusión del sano, lo que logra retrasando todo lo posible la reclusión del enfermo.⁸⁶³

Sacristán se muestra, coincidiendo con Schultze, abiertamente partidario de que, en las nuevas leyes, predomine el criterio médico sobre el jurídico; a la vez defiende las medidas de protección a la libertad individual, pero sin entorpecer la labor psiquiátrica y ridiculiza la idea de la reclusión de los sanos en manicomios, achacándolo a leyendas y prejuicios sobre los manicomios.

Con el tema de fondo de las reclusiones de personas sanas en los manicomios, mantuvo nuestro psiquiatra una polémica periodística con Araquistain en las páginas de *La Voz*. Reitera una vez más el obstáculo que suponen las leyes vigentes que permiten que un acto fundamentalmente terapéutico (la reclusión) esté en manos, en última instancia, de una persona sin preparación psiquiátrica. Asimismo se queja Sacristán de que artículos como el de Araquistain (en que se habla de un

⁸⁶²Sacristán (1921a).

⁸⁶³Sacristán (1921a), p. 5.

sujeto que permaneció encerrado doce años en un manicomio y la justicia declaró como sano) potencian el prejuicio vulgar que existe contra los manicomios.⁸⁶⁴

Sacristán se opone rotundamente al término de reclusión definitiva, "que debe ser completamente desterrado de la ley".⁸⁶⁵ La legislación de 1885 solo contemplaba dos tipos de ingresos: de observación y de reclusión definitiva; el tiempo concedido para la observación oscilaba entre tres meses y un año, pasando entonces a la reclusión definitiva, cuyo expediente debía incoarse al mes del ingreso, según la Real orden de La Cierva. Sacristán se plantea una serie de cuestiones en contra de tal sistema, como, por ejemplo, qué hacer con los enfermos periódicos o como admitir la reclusión definitiva de sujetos cuya dolencia es de pronóstico favorable. Propone la desaparición de la reclusión definitiva y su sustitución por la reclusión con objeto de curación o asistencia. Llama la atención sobre la complejidad y la diferencia del concepto de curación para juristas y médicos y propone la reducción del periodo de observación a seis meses.⁸⁶⁶

En los casos de ingreso para tratamiento, el alta dependerá del médico, pero con un sistema de inspección que evite posibles abusos médicos. En la línea de facilitar los ingresos propone que el certificado para ingreso que marca la ley vaya firmado por un solo médico, en vez de los dos que recoge la legislación. Resalta la escasa calidad de estos documentos que se han convertido en un puro formalismo y carecen de contenido científico, limitándose a un escueto diagnóstico o al tópico de alienación mental. Sacristán lo achaca a la ausencia de una adecuada formación psiquiátrica de los médicos generales. Para obviar dicho hecho, propone la sustitución del certificado por un cuestionario oficial claro y elemental, que rellenaría el médico de cabecera.

Sacristán pretende seguir y aplicar, en el proyecto de reforma que se debate en esos momentos en España, los principios esenciales que se imponen en Alemania, y sigue los trabajos de Kolb,⁸⁶⁷ Berze,⁸⁶⁸ Wauschkunn⁸⁶⁹ y otros. Estos principios son:

⁸⁶⁴Sacristán (1924f).

⁸⁶⁵Sacristán (1921a), p. 7.

⁸⁶⁶Sacristán (1921a).

⁸⁶⁷"Reform der Irrenfürsorge". *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Bd. 47. "Inwieweit sind Aenderungen im Betriebe der Anstalten geboten?". *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 22 Jahrg.

⁸⁶⁸"Schlussätze zum Referate Kolbs Reform der Irrenfürsorge". *Verein f. Psych. und Neurol. de Viena*, 14-28 oct. y 11 nov. 1919.

- Facilidad y rapidez para los ingresos en los manicomios.
- El manicomio no debe diferenciarse de un hospital.
- Protección legal para el enfermo, tanto para el ingreso como para la estancia y salida posterior. En el caso de la salida es necesaria una organización que proteja y ayude al enfermo mental, para lo cual, Sacristán propone la creación de una "liga psiquiátrica oficial de protección el enfermo mental". Dicha liga precisa tres elementos (tomados de Kolb por Sacristán):
 - Organización de un tribunal de protección.
 - Organización de la asistencia extramanicomial.
 - Nombramiento de una personalidad con autoridad psiquiátrica relacionada con el manicomio donde estuvo ingresado el enfermo y con la asistencia extramanicomial.

En su planteamiento de la reforma, Sacristán no duda en pedir la nacionalización de los establecimientos destinados al tratamiento de enfermos mentales pobres,⁸⁷⁰ subarrendando a los particulares la sección correspondiente, si su estado económico no le permite rescatarlos y mejorarlos como exige la psiquiatría moderna, siguiendo siempre los consejos de los especialistas que constituyan la Liga. Es consciente del enorme gasto económico que supone la reforma psiquiátrica y propone "la instauración de ciertas industrias o explotaciones agrícolas que, además de proporcionar un beneficio al enfermo -terapéutica del trabajo-, son un auxilio económico indudable".⁸⁷¹

Aborda el problema del personal médico, señalando una vez más la carencia de enseñanza oficial de psiquiatría, que coloca a los médicos españoles en inferioridad de condiciones. Establece un límite máximo de enfermos por médico, debiendo contar, cada establecimiento, con un médico por cada cien enfermos, que dependerá de un director facultativo. Asimismo, cada establecimiento dispondrá de un laboratorio clínico para lo esencial. Resalta la necesidad de contar con enfermeros profesionales titulados en los manicomios, a cuyos programas de formación deben añadirse lecciones de psiquiatría práctica.⁸⁷²

De este completo artículo de Sacristán cabría destacar, aparte de la crítica a la legislación, la defensa del predominio del criterio médico sobre el jurídico, el

⁸⁶⁹"Zur Reform der Irrenfürsorge". *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 21 Jahrg.

⁸⁷⁰Siguiendo las ideas de Kraepelin expuestas en la conferencia titulada "Die psychiatrischen Aufgaben des Staates", celebrada en Munich en 1900.

⁸⁷¹Sacristán (1921a), p. 12.

⁸⁷²Sacristán (1921a).

llamamiento público a la creación de una liga oficial de protección al enfermo mental y la necesidad de organización de los psiquiatras españoles.

Cinco años más tarde, Sacristán propone un "Plan moderno de asistencia a los alienados",⁸⁷³ en el que se recoge su filosofía de la asistencia al enfermo mental en una serie de puntos y exige al Estado la adopción de medidas que pueden resumirse en:

1. La asistencia psiquiátrica se extiende más allá de la asistencia manicomial, incluyendo no solo a los enfermos psicóticos, sino a toda clase de enfermos psíquicos, incluso a los enfermos neurológicos con máximo grado de invalidez.
2. La sustitución de la expresión "asistencia a alienado o demente" por la de "asistencia al enfermo psíquico".
3. La asistencia psiquiátrica deberá ser extramanicomial, incluyendo la profilaxis mental y la asistencia postmanicomial, e intramanicomial. Ambas exigen la creación de una organización especial (dispensarios o consultorios) en la ciudad, que serán los encargados de facilitar los ingresos de los pacientes en los manicomios. Corresponderá a cada diputación provincial crear los que estime convenientes.
4. El personal técnico será de reconocida competencia psiquiátrica, debiendo haber prestado servicios en manicomios.
5. La asistencia al psicópata exige una sección especial afecta al manicomio provincial independiente de la parte puramente manicomial. El enfermo epiléptico debe ser tratado en secciones especiales independientes del resto.
6. Los manicomios deben tener una sección para enfermos neurológicos en grado de invalidez. Esta idea, defendida inicialmente por Sacristán, era interesante desde el punto de vista de la investigación científica:

La Psiquiatría práctica debe encargarse de este tipo de enfermos desde el punto de vista de la investigación científica. El estudio de gran número de casos neurológicos es hoy incompleto precisamente porque la gran parte de estos enfermos terminan sus días en viejos asilos de ancianos alejados de todo interés científico y en los cuales no son atendidos como tales enfermos neurológicos.⁸⁷⁴

⁸⁷³Sacristán (1926b).

⁸⁷⁴Sacristán (1926b), p. 72.

También se debía "a los grandes problemas planteados por los «enfermos neurológicos en su máximo grado de invalidez», idea que fue secundada por Rodríguez Arias.

Fue, al parecer Sacristán, en 1926, en la Primera Reunión Anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (sic), quien propuso que los enfermos neurológicos con grandes invalideces pasaran a secciones especiales de los manicomios, tal como ocurría en el caso de los epilépticos. (...) La actitud de Sacristán era de urgencia, la mantuvo en 1926 y no en 1957, como lo hacía Rodríguez Arias.⁸⁷⁵

7. Los alcohólicos exigen una subespecialización y la organización de sociedades de vigilancia de estos enfermos que organicen la lucha antialcohólica.

La última parte del Plan de reforma la dedica Sacristán a la asistencia manicomial. Dicta una serie de normas acerca de su organización y funcionamiento siempre bajo la idea dominante del manicomio como hospital y centro de curación. Muchas de las ideas recogidas en este artículo formaron parte del Decreto de 1931.

La situación política española no permitió ningún paso positivo en el sentido de la reforma pedida por los psiquiatras españoles. Con el cambio político de 1931, la llegada de la segunda República, se pone en marcha la reforma que durante tantos años se solicitó.

El Anteproyecto de legislación para asistencia a los enfermos mentales, elaborado por Sacristán, Lafora y Escalas Real, y presentado el 18 de Diciembre de 1929 en el III Congreso de la Liga Española de Higiene Mental,⁸⁷⁶ fue finalmente aprobado por Decreto de 3 de Julio de 1931 y publicado en *La Gaceta* el 7 de Julio de 1931, aunque con diversos cambios.

El Anteproyecto presentado por Sacristán, Lafora y Escalas Real en la Asamblea de la Liga de Higiene Mental, en Sevilla, aprobado con ligeras modificaciones, constaba de 35 artículos. La aportación inicial de Sacristán a este Anteproyecto, como recuerda Lafora,⁸⁷⁷ fue de veinte artículos, que fueron ampliándose hasta treinta y cinco.

⁸⁷⁵Moya (1986), pp. 234-5.

⁸⁷⁶Sacristán, Lafora y Escalas (1930), p. 2.

⁸⁷⁷Lafora (1957).

Las modificaciones del Anteproyecto realizadas en esta Asamblea fueron las siguientes:⁸⁷⁸

- En el artículo 4º, apartado a, se modifica levemente lo que se entiende por servicio abierto.
- En el artículo 5º se añade un párrafo del Dr. García Vinuesa sobre la obligación de disponer de ambulancias en los Hospitales psiquiátricos, y un párrafo del Dr. Lafora sobre la organización de Dispensarios en las capitales, en los casos en que los hospitales se encuentren fuera de los centros urbanos.
- En el artículo 11º, a propuesta del Dr. Nouvilas, se agrega lo que dice la legislación de 1885 sobre la incompatibilidad de parentesco del médico que certifica los ingresos.
- En el artículo 17º se cambia el término "comisario" por "jefe".
- En el artículo 22º se aprueba ampliar el plazo de máxima observación de seis semanas a seis meses, a propuesta del Dr. Ruiz Maya.
- En el artículo 23º se añade una nota del Dr. Camino que añade precisión al artículo sobre los enfermos psíquicos sujetos al servicio militar.
- En los artículos 24º y 25º, que tratan el tema de la capacidad civil de los ingresados, hay una amplia discusión entre Castejón, Ruiz Maya, Lafora, Rodríguez Morini y Camino, aprobándose una propuesta de Castejón y queda pendiente de una redacción posterior por parte de los juristas.
- En el artículo 28º, sobre las altas de los pacientes, se hacen una serie de consideraciones, sobre circunstancias específicas como el caso de pacientes que ingresan voluntariamente y al querer salir presentan síntomas psíquicos que, a juicio del médico, no le permiten salir del establecimiento. Se resuelve con una cláusula del Dr. Sacristán y otra del Sr. Castejón. La cláusula del Dr. Sacristán se convertirá en un nuevo artículo. Se plantea, por parte del Dr. Prados y del Inspector provincial de Sanidad, el problema de las fugas, que no se recogía, y dará lugar a un nuevo artículo.
- Los artículos 29 y 30 se aprueban con la modificación de algunos nombres.

De los 35 artículos presentados a la Asamblea se aprueban sin modificación veintidós.

⁸⁷⁸Actas de la III Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental. *Boletín de la Liga Española de Higiene Mental*, tomo 1, núm. 3, pp. 1-12.

Posteriormente se publica en *El Siglo Médico* el Anteproyecto con todas las modificaciones que surgieron de la Asamblea de Sevilla y de las consultas realizadas a los juristas.

Entre el Anteproyecto publicado por Sacristán, Lafora y Escalas Real en *El Siglo Médico* y el Decreto aprobado definitivamente se producen algunas modificaciones:

El Preámbulo es ampliamente resumido; se suaviza la crítica a la legislación anterior, pero se conserva la idea de la necesidad de una nueva legislación que esté de acuerdo con las nuevas tendencias de la ciencia psiquiátrica.

En las disposiciones generales, se omiten los puntos que hacen referencia al número de enfermos por médico y por enfermero (probablemente por el coste económico que suponía para el Gobierno); se sustituyen las referencias a la sección de Psiquiatría, refiriéndose a la Dirección de Sanidad (artículos 3, 7 y 32).

En el segundo apartado, de la admisión de los enfermos en los Establecimientos psiquiátricos, se produce una modificación importante, que es el control de los ingresos hospitalarios por parte del subdelegado de Medicina (inspector médico de Distrito), figura que no se contemplaba en el Anteproyecto; por una parte es necesario legalizar el certificado médico de ingreso voluntario por parte del subdelegado de Medicina (cuestión no recogida en el anteproyecto) y, por otra parte, en los ingresos involuntarios y de urgencia, el gobernador "ordenará de oficio al inspector médico del distrito (subdelegado de Medicina) donde esté emplazado el establecimiento, el reconocimiento del enfermo y la remisión del informe correspondiente". También se incluye al subdelegado de Medicina como inspector de los establecimientos, en contra de lo recogido en el anteproyecto, en el cual se señalaba esta misión a cargo de personal de la Sección de Psiquiatría del Ministerio de la Gobernación.

Esto puede representar un intento de control por parte de las autoridades gubernativas, que se resisten a la supresión de la intervención de los subdelegados de Medicina.

Sobre el tema de los subdelegados, Lafora y Sacristán,⁸⁷⁹ en contestación a un artículo del Dr. Carro (especialista en aparato digestivo), realizan una severa crítica sobre los conocimientos psiquiátricos de los subdelegados de medicina, la corrupción

⁸⁷⁹Lafora y Sacristán (1931).

burocrática que se ha impuesto y el desconocimiento de las modernas tendencias psiquiátricas del Dr. Carro.

Poco después, en Mayo de 1932, se modificó la redacción de varios artículos (el 9, 10, 12, 13, 22 y 23), que quedaron de forma que dejan más libertad al médico del establecimiento psiquiátrico y disminuyen parcialmente el control del Subdelegado de Medicina.

Desde el primer plan publicado en 1921 (en el que Sacristán trasladaba a España las ideas que en ese momento se exponían en Alemania) hasta 1931, en que se aprueba la reforma española, Sacristán había ido madurando las iniciales ideas de los psiquiatras alemanes, perfilando y adaptando a nuestros recursos y nuestra organización una nueva idea de la asistencia a los enfermos mentales.

Esta nueva legislación cumplía, parcialmente, las aspiraciones de los psiquiatras españoles. Agilizaba los ingresos, controlaba los abusos de prácticas y modos arcaicos (como los medios de contención físicos del tipo de los grilletes y las camisas de fuerza) y desterraba conceptos como el de reclusión definitiva. Permitía que el manicomio se convirtiera en un centro terapéutico y científico y estimulaba el desarrollo de la asistencia extramanicomial.

Apenas transcurrido medio año de la publicación del Decreto de Julio de 1931, Sacristán se apresura a publicar, en Alemania,⁸⁸⁰ un artículo en el que expone la nueva situación asistencial española, que permita borrar la visión expuesta por él mismo ocho años antes. Resalta la importancia de la nueva ley para la reforma psiquiátrica, los nuevos organismos creados (Consejo Superior, Sección psiquiátrica de la Dirección General de Sanidad), en definitiva, los avances en la psiquiatría práctica. Sin embargo, insiste en la falta de desarrollo de la psiquiatría teórica por la ausencia de cátedras de psiquiatría en la universidad.⁸⁸¹

Posteriormente, en 1933, siendo Sacristán miembro del Consejo Superior Psiquiátrico, continúa en su idea de mejorar la asistencia psiquiátrica a nivel extramanicomial, y se ocupa de la necesidad de clínicas psiquiátricas en las ciudades, que permitirían el tratamiento de muchos pacientes sin tener que acudir al manicomio. Para Sacristán, estas clínicas no debían limitarse al tratamiento de las urgencias y los casos agudos, enviando al manicomio a los crónicos:

⁸⁸⁰Sacristán (1932b).

⁸⁸¹Sacristán (1932b).

La asistencia psiquiátrica oficial de la gran ciudad necesita de una clínica modelo, la cual pueda ofrecer al enfermo no sólo rápida asistencia, sino la garantía de que el caso será concienzudamente estudiado y tratado, con objeto de evitar que pasen a los establecimientos manicomiales enfermos en los cuales este tipo de asistencia está totalmente contraindicado.⁸⁸²

Considera la necesidad de una buena asistencia extramanicomial que evite la masificación de los manicomios y la reclusión en éstos de pacientes que no se beneficiarían de tal ingreso:

... es necesario subrayar que gran número de enfermos psíquicos en estado estacionario, absolutamente compatibles con la vida social, sufren a consecuencia de una reclusión manicomial improcedente una serie de síntomas accesorios, secundarios, que no pueden ser imputados al proceso patológico en sí, sino a una asistencia mal dirigida.⁸⁸³

En estas clínicas se tratarían los "estados crepusculares epilépticos, psicosis sintomáticas, estados de excitación psicopáticos, fases maniacas y melancólicas, fases agudas catatónicas y esquizofrénicas, estados de confusión curables, etc.". Sacristán propone como modelo la Clínica Psiquiátrica de Frankfurt, organizada según los criterios de Kleist. En estas clínicas se trataría a los pacientes por término medio unas siete-ocho semanas como mínimo, y deberían disponer de todos los medios auxiliares de diagnóstico y terapéutica moderna.⁸⁸⁴

La idea de Sacristán es que un buen funcionamiento de estas clínicas permitiría un estudio cuidadoso de los casos, intentando su curación o mejora para evitar el paso al manicomio. Esto mejoraría la asistencia manicomial, al permitir una disminución de la masificación, y la aplicación de terapéuticas más activas, como la de Simon.

La ley de 1931 ha sido criticada en diferentes aspectos. Uno de ellos es el predominio de la orientación asistencial custodial.⁸⁸⁵ Cabe precisar aquí que no era éste el espíritu de uno de los principales redactores del proyecto: Sacristán. Ya se han citado diversos textos en los que el psiquiatra madrileño expone la idea que tenía acerca del manicomio (no como asilo sino como centro terapéutico) y el interés que

⁸⁸²Sacristán (1933b).

⁸⁸³Sacristán (1933b).

⁸⁸⁴Sacristán (1933b).

⁸⁸⁵Aparicio y Sánchez (1977), p. 38.

puso en el desarrollo de la asistencia extramanicomial. Él mismo criticó la continuidad de la idea asilar.

Algunos años después, en 1935, en el marco de la V Semana de Higiene Mental, Sacristán da una conferencia en la que repasa los avances obtenidos en la asistencia psiquiátrica. Destaca la agilización en los ingresos que ha supuesto la nueva ley del 31, la implantación de estadísticas,⁸⁸⁶ las inspecciones a manicomios que han permitido poner de manifiesto, de forma objetiva, la situación manicomial y el buen funcionamiento del Dispensario de Higiene Mental. Pese a ello, Sacristán afirma que:

...la asistencia oficial psiquiátrica en España apenas ha salido de la situación que era la norma en Europa a mediados del siglo pasado cuando la asistencia no correspondía más que a una necesidad: la del internamiento del enfermo psíquico.⁸⁸⁷

Y, dando un paso más, señala que la reclusión médica tiene unas indicaciones y límites precisos, así como la complejidad de la asistencia psiquiátrica, dentro de la cual el internamiento es una parte, constando de dos sistemas: el abierto y el cerrado, los cuales forman una unidad. El punto fundamental al que ha de dirigirse el esfuerzo oficial es la organización de la asistencia extramanicomial.

De forma sinóptica podemos exponer la importancia de la parte de la obra de Sacristán dedicada a la organización asistencial psiquiátrica:

Plenamente consciente de la maltrecha situación de la asistencia psiquiátrica española se plantea la urgente necesidad de modernizar todo lo relativo a la organización y asistencia al enfermo mental. Para ello considera esencial una serie de puntos que serían:

- El cambio de la consideración social del enfermo mental.
- El trato más humanitario al enfermo.
- La necesidad de instaurar oficialmente la enseñanza de la psiquiatría en la universidad, para proporcionar a todos los médicos una formación básica en dicha materia y una posterior especialización en psiquiatría de tipo práctico en los hospitales a los interesados en dicha materia.

⁸⁸⁶Reconoce que la clasificación de Kraepelin es poco aceptable para fines estadísticos por su complejidad.

⁸⁸⁷Sacristán (1935b).

- La importancia de iniciar una investigación científica psiquiátrica nacional para evitar la dependencia del exterior y acabar con el atraso asistencial.
- La obligación de contar con una nueva legislación (plasmada en el Decreto de 1931) a la que contribuyó de forma notable, lo que no le impidió, posteriormente, mostrarse muy crítico con los escasos logros obtenidos.
- La modernización de la asistencia manicomial.
- La organización de la asistencia extramanicomial, indispensable para una asistencia moderna y científica.

CAPÍTULO 16: LA HIGIENE MENTAL

La incorporación de la higiene al campo de la psiquiatría se inicia, en España, hacia 1910 y puede considerarse ya instalada entre los años veinte y treinta.⁸⁸⁸

Sacristán mostró un elevado interés y una gran preocupación por esta cuestión. Independientemente de las ya reseñadas acciones conducentes a la creación de la Liga Española de Higiene Mental, puede destacarse la importancia que él concedía a la prevención de la enfermedad mental y a la atención de los enfermos y puede encontrarse ya en sus primeros artículos su firme opinión acerca de la necesidad de desarrollar la asistencia extramanicomial, abogando por una reforma que permitiera la atención del enfermo mental en libertad, recordando las inconveniencias terapéuticas y económicas que suponían las estancias prolongadas en los manicomios.⁸⁸⁹

Su idea acerca de la importancia de la asistencia extramanicomial continúa presente incluso tras aprobarse la nueva legislación y ponerse en funcionamiento el Dispensario de Higiene Mental en Madrid:

La experiencia demuestra que todo enfermo al salir del manicomio necesita de una asistencia continuada durante más o menos tiempo según el caso y la enfermedad. El hecho de romper toda relación médica con el enfermo que sale de un establecimiento psiquiátrico es hoy grave e imperdonable falta. (...). El enfermo mental para ser bien asistido -para ser asistido científicamente- exige una compleja organización de elevado coste. Las ventajas que la asistencia extramanicomial reporta en sentido económico son dignas de ser tenidas muy en cuenta por las entidades que sufragar los gastos de asistencia al enfermo psíquico indigente.⁸⁹⁰

Aparte del papel (ya citado) desempeñado por Sacristán en la creación de la Liga Española de Higiene Mental, podemos destacar otros aspectos concretos relativos a la higiene mental. Participó en el Primer Congreso Internacional de Higiene Mental, celebrado en Washington en 1930, como Delegado Oficial de España (junto a Germain y Rodríguez Arias). Presentó un artículo en el Segundo Congreso Internacional de Higiene Mental, celebrado en París en plena guerra civil, lo que

⁸⁸⁸Campos Marín (1995).

⁸⁸⁹Sacristán (1921a).

⁸⁹⁰Sacristán (1935b).

impidió su presencia física. También presentó una comunicación, junto a Germain, en la Primera reunión europea de Higiene Mental.⁸⁹¹ El 8 de abril de 1933 celebró una conferencia radiofónica (inédita) en la que destaca la importancia de la colaboración familiar en la reinserción del enfermo mental y como debe ser su conducta en las diferentes fases de la enfermedad.

En 1930, publicó, en colaboración con Germain y Rodríguez Arias, un artículo en el que exponía sus experiencias del Congreso de Washington, así como los orígenes del movimiento de Higiene Mental tanto en Estados Unidos como en Europa. Con respecto a España, comienzan haciendo referencia a las repetidas peticiones de reforma por parte de los alienistas y el escaso interés mostrado por las autoridades. Hacen mención de las dos escuelas psiquiátricas, Barcelona y Madrid, así como de otros núcleos de trabajo neurológico y psiquiátrico. Denuncian la falta de enseñanza oficial de la psiquiatría y la ausencia de tratamiento del tema de la profilaxis en diversos autores españoles (Vera, Esquerdo, Galcerán y Granés, Barcia y otros). Recuerdan el fracasado intento de creación de un Instituto Internacional que se dedicara al estudio colectivo de las causas y de la profilaxis de las enfermedades mentales. Citan el intento de Giné y Marriera y Rodríguez-Morini (discípulos de Giné y Partagás) de llevar adelante trabajos dentro del Comité español anexo al Instituto internacional de profilaxis. Detallan los principales avances realizados en el campo de la higiene en nuestro país y las actividades asociativas y profesionales de los neuropsiquiatras (Asociación Española de Neuropsiquiatras y Liga Española de Higiene Mental).

En el apartado dedicado a la profilaxis de las enfermedades psíquicas definen los objetivos de la higiene:

La organización de la profilaxis de las enfermedades psíquicas constituye uno de los objetivos esenciales de la higiene psíquica. No basta suponer que nuestro deber queda cumplido si alcanzamos un grado máximo de perfección en la asistencia manicomial al enfermo mental, sino que es preciso agotar todos los medios para evitar su aumento.⁸⁹²

Destacan la importancia de la profilaxis del alcoholismo, la sífilis y el bocio endémico, así como la atención de los niños y jóvenes psicópatas que precisan de

⁸⁹¹Sacristán y Germain (1932).

⁸⁹²Sacristán, Germain y R. Arias (1930), p. 307.

centros e instituciones específicos. Exponen como modelo la *Walter E. Fernald School* (Boston) que consta de escuelas, talleres y colonias agrícolas. El objeto de los centros de atención a los psicópatas sería el tratamiento social; hace referencia a los trabajadores sociales, a los permisos temporales y a los diferentes tipos de instituciones existentes en Estados Unidos, tales como la policlínica psiquiátrica general, la clínica de higiene mental, los consultorios volantes, clínicas de conducta, etc.

Finalizan su artículo con una amplia descripción de lo que debe ser la asistencia extramanicomial, complemento inseparable e indispensable de la asistencia intramanicomial.

Sacristán publicó otros tres artículos en relación con la higiene mental.

1º- Una comunicación, presentada en la Primera reunión europea de Higiene Mental, dedicada a la psiquiatría comparada, en la que, aparte de llamar la atención sobre el escaso interés que habían despertado hasta el momento los estudios de psiquiatría comparada, realiza una propuesta:

... ensayar un sistema de colaboración internacional, que reuniría una serie de datos y de hechos primarios relativos a la frecuencia de las enfermedades mentales en relación con la raza, el medio, el clima, la alimentación, etc., bajo la dirección de las Ligas nacionales.⁸⁹³

Cita los interrumpidos trabajos de Kraepelin y Lange sobre psiquiatría comparada y llama la atención sobre la importancia de continuar tales trabajos. Dicha comunicación motivó la petición del Profesor Weigandt al Comité ejecutivo, de dirigirse a la Oficina de Higiene de la Sociedad de las Naciones en demanda de que se interese por el problema de la profilaxis mental y cree una secretaría que entienda en estas cuestiones.⁸⁹⁴

Propone que un Comité Internacional prepare los cuestionarios que las Ligas elaborarían. Estos resultados se centralizarían en un centro europeo (Sacristán propone el *Deutschenforschungsanstalt für Psychiatrie*, fundado por Kraepelin).

2º- Otro artículo, editado en las Publicaciones de la Liga Española de Higiene Mental,⁸⁹⁵ en el que se ocupa de la relación entre el ruido y la vida psíquica, del

⁸⁹³Sacristán y Germain (1932).

⁸⁹⁴Boletín de la Liga de Higiene Mental, tomo 2, núm. 1, p. 1.

⁸⁹⁵Sacristán (1935a).

interés que tiene para la higiene mental el problema del ruido y de los efectos negativos sobre los trabajadores y los intelectuales. Esta fue la conferencia que dio en la segunda semana de Higiene Mental y que llevó a incluir entre las conclusiones de la Semana una serie de disposiciones contra el ruido. El tema del ruido volvió a tratarlo posteriormente desde las páginas del ABC.⁸⁹⁶

3º- Finalmente, un artículo, publicado en 1937, titulado "*L'hygiène mentale de la sexualité*",⁸⁹⁷ en el que aparece como "*Chef de la Section d'Hygiène mentale du Ministère de Santé de la République Espagnola (Valencia)*". Es una de las escasas ocasiones en que emite opiniones personales. Sacristán afirma que la higiene mental es fundamentalmente profilaxis y, en lo que concierne a la vida sexual, su misión debe ser, esencialmente, informar y educar:

*... l'une de ses obligations principales doit être que l'individu, non seulement conserve son équilibre sexual à l'époque de la maturité, mais encore et tout spécialement, qu'il reçoive à des phases antérieures une éducation spéciale, afin que le passage d'une phase à l'autre se réalise avec le maximum de garanties pour que cet équilibre ne se perde pas.*⁸⁹⁸

La regla directriz sería la ordenación armónica del instinto sexual en el sistema total de la personalidad, lo que implica una subordinación del instinto sexual a la voluntad. Pero, la higiene mental no cuenta con medios que permitan la elaboración de reglas generales, sino que está limitada a resolver cada caso en particular. Sacristán señala los puntos esenciales que pueden constituir posibles peligros de desviación de la normalidad psíquica. Recuerda el valor dado por Freud y su escuela al factor sexual en el origen de la neurosis y la necesidad de que la educación sexual se inicie desde la primera infancia. Señala como fase de máximo peligro la pubertad; en ella debe la higiene mental volcar toda su atención y el principal medio con que cuenta es la información (*l'éclaircissement*) sexual. Defiende Sacristán la naturaleza fisiológica de la masturbación y el error que supone castigar estas conductas:

L'onanisme observé à cet âge doit être considéré comme un stade de passage du développement sexuel normal et par conséquent

⁸⁹⁶Sacristán (1951b).

⁸⁹⁷Artículo original en francés. No publicado en español.

⁸⁹⁸Sacristán (1937a), p. 1.

comme un onanisme physiologique. Il n'est pas nécessaire d'insister sur un fait trop connu et déjà signalé par tous les psychiatres: les états névrosiques et dépressifs en relation causale avec cette phase conséquence incontestable de prédictions erronées, tant au point de vue hygiénique que moral, qui provoquent chez le jeune homme un sentiment de culpabilité, cause de tous des désordres affectifs. Vouloir combattre l'onanisme au moyen de châtiments corporels ou par la menace de troubles mentaux graves, n'est pas seulement une grave erreur; cela peut être l'origine de perversions sexuelles ultérieures (sadisme y masoquisme).⁸⁹⁹

Sacristán cita los medios de los que dispone la higiene mental: la esterilización, la castración y la interrupción del embarazo, pero precisa: *"L'auteur émet sur ceux-ci son opinion personnelle sans s'étendre en des considérations qui occuperaient un espace excessif"*.⁹⁰⁰ Considera que las indicaciones de estos métodos deben ser cuidadosamente determinadas para evitar que estos procedimientos, de evidente valor práctico, no puedan ser objeto de descrédito a causa de un uso indebido.⁹⁰¹

Sobre la interrupción del embarazo, aunque la cita como método de la higiene mental, se muestra en contra de su uso para tal fin y solo admite que se realice en caso de indicación exclusivamente médica, nunca por higiene de la raza ni por razones de higiene mental:

*L'interruption de la grossesse ne doit se réaliser qu'en cas d'indication absolument médicale. On ne devra, en aucun cas, la préconiser pour motifs d'Hygiène de la race, puisque, aujourd'hui, il ne nous est pas donné de savoir avec exactitude si l'être pas encore né pourra ou non être atteint d'une maladie mentale. La possibilité est relative et nous empêche de priver de la vie d'une façon délibérée un être sur la santé mentale duquel nous ne pouvons rien affirmer de concret. L'interruption de la grossesse est un procédé purement médical qui ne peut en aucune façon se conseiller pour des raisons d'Hygiène Mentale.*⁹⁰²

Sobre la castración, Sacristán opina, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en algunos países (Suiza y Estados Unidos), que es un procedimiento a

⁸⁹⁹Sacristán (1937a), pp. 3-4.

⁹⁰⁰Sacristán (1937a), p. 1.

⁹⁰¹Sacristán (1937a), p. 5.

⁹⁰²Sacristán (1937a), p. 5.

tener en cuenta en los casos de criminales sexuales, pero que no debe ser empleado en ningún otro caso.⁹⁰³

La esterilización es considerada por Sacristán como el medio profiláctico por excelencia de la higiene mental, pero sus indicaciones deben ser cuidadosamente restringidas. Sin entrar a discutir los ensayos realizados en algunos países, considera indispensable un acuerdo internacional sobre la legislación de este tema. Esta legislación debe tener un carácter internacional y debe ser la consecuencia de un criterio absolutamente científico alejado de toda consideración política y religiosa.⁹⁰⁴

Para dar más valor a esta prevención que hace Sacristán acerca de la necesidad de guiarse exclusivamente por razones científicas debe tenerse en cuenta que en esos momentos las ideas sobre la eugenesia eran muy rígidas;⁹⁰⁵ Alemania, país al que Sacristán siempre siguió unido, al menos científicamente, estaba gobernado en esos momentos (1937) por el Partido Nacionalsocialista, con sus ideas de supremacía de la raza aria; y por último, el propio Sacristán era víctima de una guerra fratricida en la que uno de los bandos estaba cerca de las ideas nacionalsocialistas.

En resumen, no solo cabe destacar los diferentes aspectos de la higiene mental tratados en su obra sino el importante papel desempeñado por Sacristán en la institucionalización de la higiene mental en España, a través de la Liga Española de Higiene Mental, en cuya creación y desarrollo intervino activamente. Por una parte como uno de los pioneros en la demanda de creación de una Liga de protección al enfermo mental (en 1921) y, por otra, con la actividad efectuada en los diferentes cargos desempeñados y su trabajo en la nueva legislación que sirvió de base jurídica para la instauración oficial de la higiene mental en España. Por último, destacar los temas que trató en sus trabajos de higiene mental, absolutamente vanguardistas en nuestro país, como el ruido, la higiene sexual y la psiquiatría comparada. A pesar de ser principalmente un clínico fue capaz de percibir la importancia de la higiene mental como parte de un proyecto de asistencia psiquiátrica moderna y completa.

⁹⁰³Sacristán (1937a), p. 6.

⁹⁰⁴Sacristán (1937a), p. 6.

⁹⁰⁵Valenciano (1954), p. 372.

CAPÍTULO 17: EL PSICOANÁLISIS

Los primeros trabajos publicados en España sobre el psicoanálisis fueron los realizados por Cesar Juarros⁹⁰⁶ y por Miguel Gayarre,⁹⁰⁷ mostrándose este último muy crítico con el psicoanálisis. Posteriormente, en 1910 y 1911, Ortega y Gasset escribió dos artículos con relación al psicoanálisis. A lo largo de los años veinte y treinta se difunde en España la obra de Freud.⁹⁰⁸

Sacristán mostró un inicial interés por el psicoanálisis, dentro de su postura abierta a todo tipo de aportaciones para el conocimiento de la enfermedad mental. Publicó seis artículos sobre el psicoanálisis. Es de destacar el lugar de publicación de éstos: uno en un periódico (*El Sol*), tres en la *Revista de Pedagogía*, uno en la *Revista de Occidente*⁹⁰⁹ y uno en el diario *ABC*.⁹¹⁰ Parece que Sacristán no consideraba al psicoanálisis como algo científico, de entidad para aparecer en revistas psiquiátricas, sino más bien como teorías que deben divulgarse.

El primer artículo, publicado en 1918, hace referencia a la interpretación de los sueños, tema que trata de forma elemental. Considera que es "una de las partes primordiales y más sugestivas del método de Freud, conocido con el nombre de Psicoanálisis". Explica que el sueño no sería una anarquía psíquica, sino el camino por el que llegan a la consciencia las ideas molestas, las tendencias afectivas y los deseos no realizados que la censura rechazó durante la vigilia y que aparecen de forma simbólica y que "el sueño llevaría a cabo una terapéutica catártica, semejante a la que practica el psicoanalista con sus enfermos".⁹¹¹

Ya en este primer artículo desliza Sacristán sus primeras dudas acerca del análisis de los sueños, en este caso con una simple interrogación: "Su análisis le permite llegar a conocerlos claramente, y sobre todo hacerlos aparecer en la conciencia del sujeto enfermo, logrando así su curación (?)".⁹¹²

⁹⁰⁶Corcés (1995), p. 152.

⁹⁰⁷Gayarre (1909).

⁹⁰⁸Lázaro (1991), pp. 6-7.

⁹⁰⁹Sacristán (1925b). También publicó una reseña sobre un libro de Freud, Sacristán (1923f).

⁹¹⁰Sacristán (1953c).

⁹¹¹Sacristán (1918d).

⁹¹²Sacristán (1918d).

Cinco años más tarde, en 1923, podemos encontrar una actitud más explícita. Reconoce la influencia del psicoanálisis y se define personalmente alejado del freudismo ortodoxo:

Quien haya seguido la evolución de la Psiquiatría durante estos últimos años -aún cuando, como en el caso del referente, se halle muy alejado ideológicamente del freudismo ortodoxo- reconocerá la influencia innegable de la teoría psicoanalítica sobre esta disciplina, claramente reflejada en su más moderna literatura.⁹¹³

Señala la diversa y contradictoria posición de los psiquiatras frente al psicoanálisis y llama la atención acerca del tardío interés que han mostrado países como Francia y España sobre este movimiento. Citando a Prinzhorn, reconoce el valor del psicoanálisis por su dirección hacia la psicología de la persona. Antes de exponer brevemente los rasgos esenciales de la doctrina de Freud, se refiere a la situación de desconocimiento del psicoanálisis que existe en España:

En nuestro país es casi desconocida la teoría psicoanalítica, aunque desde un punto de vista informativo se ocuparon de ella Gayarre y Ortega y Gasset. La contribución casuística española es absolutamente secundaria y no juega ningún papel en la bibliografía psicoanalítica internacional (...). Es indudable que la traducción castellana de las obras de Freud, emprendida por una casa editorial española, y muy principalmente el ejemplo de Francia, despertará entre nosotros el interés general por la doctrina; pero es muy de temer que nuestros profesionales y aficionados sean víctimas de la fiebre freudista y el fruto de sus investigaciones aumente el caudal de arbitrariedades que como pesado lastre arrastra la literatura psicoanalítica internacional.⁹¹⁴

A continuación expone sintéticamente las ideas básicas de Freud y sus conceptos básicos: el principio del placer, el principio de realidad, la represión, el sueño y la sexualidad. Para ello, sigue a su antiguo maestro R. Allers, que había publicado un año antes una monografía⁹¹⁵ en la que realiza una de las más agudas críticas publicadas sobre la doctrina de Freud.⁹¹⁶

⁹¹³Sacristán (1923a), p. 201.

⁹¹⁴Sacristán (1923a), p. 202.

⁹¹⁵*Über Psychoanalyse*, Berlín, Karger, 1922.

⁹¹⁶Sacristán (1923a), p. 203.

En su siguiente artículo, Sacristán trata el método freudiano desde el punto de vista de su técnica. "El psicoanálisis (...) es el procedimiento de exploración del inconsciente" y sus métodos son: la asociación libre, el análisis de los sueños y los actos fallidos.⁹¹⁷ Expone los elementos básicos de estos métodos de una forma objetiva y afirma que: "La superación de la resistencia es, en una palabra, la finalidad fundamental del método psicoanalítico".⁹¹⁸ Al tratar la interpretación de los sueños, introduce una nota al pie de página en la que critica la arbitrariedad de las interpretaciones simbólicas:

Aún apartándonos algo del procedimiento que hasta aquí hemos seguido en la exposición del psicoanálisis, evitando todo juicio crítico negativo ajeno o propio, al tratar, aunque solo sea muy someramente, del valor de la interpretación simbólica de los psicoanalistas, nos veremos obligados, dado el carácter del asunto, a acentuar la arbitrariedad de que, no sólo a juicio nuestro, sino de gran número de psiquiatras, adolece esta parte de la metodología psicoanalista.⁹¹⁹

Cita, en concreto, a Stekel como ejemplo de arbitrariedad y señala el alejamiento de Freud con este autor. Finaliza analizando el fenómeno de la transferencia, siguiendo estrictamente las ideas de Freud.

Este mismo año, publica una reseña del trabajo de Freud: *Das Ich und das Es*. Cabría destacar la dificultad que encuentra Sacristán para elegir un término en castellano equivalente al término alemán "Es": "Momentáneamente no me es dado encontrar la equivalencia castellana del término *Es* en el sentido empleado por el autor". Reconoce la necesidad de una preparación psicológica completa para comprender la doctrina psicoanalítica y finaliza reconociendo la importancia de la obra de Freud:

Es presumible, sin embargo, que las nuevas ideas de Freud sumen adeptos a la gran falange de la crítica negativa de cuanto ha salido de la pluma de este hombre genial, que merece todos los respetos, y cuyas concepciones van dejando en el caudal de la psicología y la psicopatología moderna huellas claras y firmes de su paso.⁹²⁰

⁹¹⁷Sacristán (1923b), p. 321.

⁹¹⁸Sacristán (1923b), p. 323.

⁹¹⁹Sacristán (1923b), p. 324.

⁹²⁰Sacristán (1923f), p. 266.

En 1925, Sacristán publica, en la *Revista de Occidente*, un artículo dedicado únicamente a comentar un trabajo publicado por Freud en *La Revue Juive*. En dicho trabajo, Freud analiza los motivos de la resistencia y la crítica negativa que sufre el psicoanálisis. Sacristán reproduce de forma objetiva los argumentos de Freud sin emitir ningún juicio personal.⁹²¹

En su sexto y último artículo, publicado en los últimos años de su vida, Sacristán destaca que el psicoanálisis ha sido la teoría médica moderna que más reacciones críticas ha generado, superando con creces la literatura crítica negativa a la positiva. A pesar de ello, reconoce el aumento del interés hacia el psicoanálisis, por influencia de Estados Unidos. Recuerda el psiquiatra madrileño dos ideas de Freud: la oposición a su doctrina por su condición de judío y las circunstancias médicas de los primeros tiempos del psicoanálisis en pleno furor materialista. También critica Sacristán las posturas extremas que se han adoptado sobre la doctrina de Freud. De una parte la situación antigua de proscripción del psicoanálisis y la situación actual, la extensión y uso excesivo del psicoanálisis para todas las dolencias:

La llamada medicina psicosomática (...) es causa de que la medicina actual haya dado un viraje en redondo hacia lo psíquico, en muchos casos, en forma arbitraria, y acudido al psicoanálisis como único método terapéutico. Los que antes negaban todo al psicoanálisis recurren ahora a él contra gran número de dolencias, incluso contra aquellas en las cuales el papel de lo psíquico como causa es prácticamente nulo. Mal estaba ayer la proscripción implacable del psicoanálisis, pero mal está también hoy caer en lo contrario y hablar atropelladamente de "complejos", de "subconsciente", de "símbolos oníricos", etc., sin venir a cuento.⁹²²

Finaliza con una severa crítica al abuso comercial del psicoanálisis:

Freud, en sus últimos años, no dudaba de que el psicoanálisis sobreviviría a su muerte, pero se hubiera aterrado si alguien le hubiera profetizado que llegaría un día en el cual su doctrina, en manos concupiscentes, serviría de instrumento comercial para satisfacer la ambición de algunos médicos y no médicos desaprensivos: charlatanes y mendaces.⁹²³

⁹²¹Sacristán (1925b).

⁹²²Sacristán (1953c).

⁹²³Sacristán (1953c).

Es clara la intención divulgativa que tienen todos los escritos de Sacristán acerca del psicoanálisis, referidos exclusivamente a la obra de Freud.

Pueden encontrarse referencias al psicoanálisis en diferentes escritos de Sacristán, que nos permitirán conocer de forma más exacta la opinión personal del psiquiatra madrileño acerca de esta cuestión:⁹²⁴

- La manifestación de los mecanismos de Freud en algunos esquizofrénicos paranoides, el análisis de Freud en algunas paranoias, que no rara vez se inician en forma de neurosis, hizo pensar en transferir la terapéutica psicoanalítica a la esquizofrenia. Esto podría tan solo conducir a graves desengaños puesto que esta aplicación a la esquizofrenia, según propias palabras de Freud, sería un defecto de técnica. Pero sin adentrarnos más en la crítica de esta aplicación que, por otra parte, exigiría extensos comentarios, si diremos que Kretschmer señala el peligro de las explosiones de mecanismos catatónicos profundos a causa de la acción directa del psicoanálisis.⁹²⁵

- Al tratar el tema de la afectividad en la esquizofrenia:

- (...) no es, por lo menos en mi sentir, aceptable el criterio de Freud según el cual LOS AFECTOS FLOTAN LIBREMENTE EN LA PSIQUE, SON REPRIMIDOS Y APRISIONADOS Y PUEDEN SER GUARNECIDOS DE CONTENIDOS CUALQUIERA.⁹²⁶

- Las anomalías esquizofrénicas principales son de dos clases: en primer lugar el enfriamiento de los sentimientos de simpatía, (...) y en segundo lugar la modificación especial en la relación delirante respecto de sí mismo. No nos ocuparemos de la teoría de estas dos formas de alteración de la simpatía. Los psicoanalistas -y al decir esto siento herir los sentimientos de los psicoanalistas aquí presentes- han intentado abarcar ambos tipos de anomalías bajo el concepto del narcisismo y sus proyecciones y creen de ese modo haber encontrado la raíz de la esquizofrenia. Para nosotros, como para otros psiquiatras de más autoridad que la mía, se trata de dos síntomas característicos de la enfermedad y nada más, téngase en cuenta.⁹²⁷

- Comentando un caso clínico de Mayer-Gross:

⁹²⁴Las reproducciones son literales.

⁹²⁵Venezuela (17ª conferencia), p. 41.

⁹²⁶Venezuela (9ª conferencia), s/f, p. 17.

⁹²⁷Venezuela (11ª conferencia), s/f, p. 33.

- Si nos desprendemos de la sexualización de Freud y dejamos aparte la presunta causa en un trauma de la infancia como una construcción indemostrable, entonces se torna visible la inexactitud de la concepción psicoanalítica de la esquizofrenia.⁹²⁸

- Consideramos necesario, sin embargo, subrayar la significación de la sexualidad en la vida afectiva. Aún cuando nosotros, como otros muchos, no participamos del punto de vista psicoanalítico, según el cual, como es sabido, la sexualidad representa en cierto modo la forma de expresión de una energía especial psicofísica que Freud llama libido...⁹²⁹

- De todas estas hipótesis merece algunas palabras más la cuestión del *rapport* afectivo. Quien ha estudiado esta cuestión con mayor interés y cuidado ha sido Max Müller. Su interpretación psicológica se mueve dentro de la órbita de Bleuler, Kläsi y Répond, pero aún cuando emplea ciertos términos psicoanalíticos esto no le induce a determinaciones terapéuticas falaces como las de los psicoanalistas.⁹³⁰

- Un grupo de investigadores, especialmente aquellos que se hallan próximos a Freud, no creen en general en un proceso esquizofrénico orgánico, corporal, sino que consideran los síntomas esquizofrénicos y los psicopáticos como una neurosis. Aquel punto de vista que introdujeron en la teoría de la esquizofrenia Jung, Bleuler, Gross, de que el enfermo se guarece en su autismo para hallarse a solas con sus ideas delirantes y de que igualmente se refugian en sus ideas delirantes para huir de la realidad desgraciada del mundo a un mundo agradable es aplicado por muchos autores a la totalidad de la esquizofrenia, así Jung, Mac Dougall. En otros términos, para ellos la esquizofrenia es una enfermedad psicógena. Los partidarios de este modo de pensar intentan, por tanto, comprender la enfermedad y sus síntomas. Pero como esto no es posible -según dice Gröhle- por caminos naturales montan en escena todo el gran aparato del arte de la interpretación de Freud. Los resultados -señala este mismo autor- guardan gran semejanza con los de la psicología romántica y, por ello, hay que confesar avergonzados que el siglo transcurrido no ha traído consigo progreso alguno. Como ejemplos ilustrativos de este modo citaremos, entre otros, que los que así piensan

⁹²⁸Venezuela (11ª conferencia), s/f, p. 33bis.

⁹²⁹Sacristán (1946c), p. 129.

⁹³⁰Venezuela (17ª conferencia), p. 16.

interpretan las alucinaciones sexuales como deseos sexuales, que el complejo de onanismo se debe a este mismo, que el reproche alucinatorio de un enfermo de que es un Herodes sería la autorecriminación proyectada hacia fuera de su fantasía de incesto, etc.⁹³¹

- En la exposición de un caso clínico de su casuística, en una nota al pie:

- Por razones fácilmente comprensibles no nos ha sido dado llevar hasta el final el análisis de este caso, pues tratándose de una religiosa española tropezábamos con serias dificultades para completar un estudio psicoanalítico, siguiendo el criterio de Bleuler, que tan excelentes resultados ha proporcionado para el conocimiento psicológico de la esquizofrenia.⁹³²

- En este mismo caso, al estudiar el mecanismo genético de las alucinaciones, indica que:

- (...) lo que nos interesa principalmente es la constelación del complejo sexual reprimido de nuestra paciente y que nos permitimos admitir como fundamental para la producción del proceso alucinatorio reflejo sufrido por ella. (...) Esta hipótesis apuntada someramente, es muy probable sea tachada de arbitraria en nuestro país, donde no suele ser admitido este procedimiento de investigación del contenido de la psicosis...⁹³³

- La esquizofrenia es hoy conceptuada, por la mayoría, como una enfermedad típicamente endógena. No obstante, el criterio opuesto es sustentado por algunos. Así, por ejemplo -no podía ser de otro modo-, los psicoanalistas consideran a la esquizofrenia como una alteración puramente psicógena...⁹³⁴

- El capítulo de la psicoterapia de la esquizofrenia es extenso y de suma importancia. No hay autor que no reconozca su eficacia; pero todos -o, por lo menos, los más ecuanímenes- admiten que solamente los síntomas secundarios son accesibles a este método. (...) Sea el método psicoterapéutico el que sea, conviene ser cautos y evitar, por ejemplo, en un paranoide, el empleo del psicoanálisis. (...) Yo no permitiría aconsejar a nadie que empleara el psicoanálisis sin previamente haber estudiado la técnica del método en un instituto psicoanalítico durante algún tiempo. Y cito este medio

⁹³¹Venezuela (17ª conferencia), p. 36.

⁹³²Sacristán (1924a), p. 134.

⁹³³Sacristán (1924a), p. 137.

⁹³⁴Sacristán (1931a), p. 193.

terapéutico -hoy tan popularizado en España- porque dispone de una técnica, técnica muy compleja, que no se adquiere por la simple lectura de los libros de Freud.⁹³⁵

- En un artículo sobre Baudelaire:

- Los psicoanalistas han rebuscado con morosa minuciosidad posibles y recónditos complejos en su dolorida vida y en sus creaciones poéticas. Sus especulaciones tan sólo ofrecen un interés secundario.⁹³⁶

- En uno de sus últimos artículos, en el ABC:

- Hoy, a pesar del espléndido florecimiento del psicoanálisis, que no podemos negar incluso los que no somos psicoanalistas "in solidum", amenazan a la doctrina de Freud graves peligros.⁹³⁷

- En un ejemplar del libro de Garma titulado *Aspectos psicosomáticos de la medicina*, de la biblioteca personal de Sacristán, existen diversas anotaciones, a lápiz, de éste. Hace múltiples objeciones, una de ellas cuando Garma, hablando de los vómitos de las embarazadas, dice: "Solamente la actuación esencial de los factores psíquicos explica ciertas características de los vómitos del embarazo, que de otro modo resultarían incomprensibles". Anota Sacristán una interrogante y la frase: "También vomita la embarazada sin saber que lo está". Una última anotación, cuando Garma indica que la úlcera péptica está originada por fijaciones infantiles, en la que Sacristán se pregunta: "¿Y la úlcera latente que no da síntomas?". Se desprende una actitud crítica y escéptica por parte de Sacristán acerca de lo expuesto por Garma.

Podemos ver la opinión de un autor como Molina Nuñez, refiriéndose a la aceptación del psicoanálisis en España:

(...) la actitud de tres psiquiatras de una misma localidad y provistos de las mismas fuentes de información. Citemos, por ejemplo, tres psiquiatras madrileños: Bartolomé Llopis, en un tema de tan poca relación con el psicoanálisis como las psicosis pelagrosas, aprovecha las últimas líneas de su monografía para decir que en la interpretación de los sueños hay que volver a la etapa anterior a Freud ya que este autor no ha hecho más que involucrar conceptos. Es ésta una sentencia que por su

⁹³⁵Sacristán (1931a), pp. 196-7.

⁹³⁶Sacristán (1949b), p. 29.

⁹³⁷Sacristán (1953c).

excesiva causticidad se destruye a sí misma. Más ecléctico es López Ibor, y basta para este juicio el título de su librito: "Lo vivo y lo muerto del psicoanálisis". Una mayor elasticidad para los problemas psicoanalíticos parece verse en los escritos de Sacristán.⁹³⁸

Moya⁹³⁹ afirma que Sacristán se dedicó profesionalmente al psicoanálisis. Las palabras del propio Sacristán, en que explícitamente reconoce que no es psicoanalista, desmienten tal afirmación. Ello no quiere decir que Sacristán no utilizara, en ocasiones, el psicoanálisis en su práctica psiquiátrica. Si tenemos en cuenta su afirmación acerca de los peligros de utilizar el psicoanálisis sin haberse formado previamente en un instituto psicoanalítico, y sabemos que Sacristán no tuvo tal formación, es poco probable que se dedicara a la práctica psicoanalítica.

A modo de resumen, y de forma esquemática, puede decirse lo siguiente:

- Sacristán concede una gran importancia a la obra de Freud, pero muestra su desacuerdo personal con ciertos aspectos:
 - La interpretación de los sueños.
 - La concepción psicoanalítica de la esquizofrenia.
 - El uso terapéutico del psicoanálisis en las psicosis.
 - El pansexualismo freudiano.
 - Los aspectos especulativos, en general, que posee el psicoanálisis.
- Desaconseja el uso del psicoanálisis si no se posee una preparación previa adquirida en un Instituto psicoanalítico.
- Se declara personalmente como no psicoanalista y muy alejado ideológicamente del freudismo ortodoxo.
- Acepta la utilidad del psicoanálisis como medio de conocimiento psicológico y psicopatológico.
- Considera válido el uso del psicoanálisis para las psicopatías y las neurosis.

⁹³⁸Molina Nuñez (1949).

⁹³⁹Moya (1986), p. 130.

CAPÍTULO 18: PSIQUIATRÍA FORENSE

Las relaciones de la psiquiatría con la ley estuvieron presentes en la obra de Sacristán desde sus comienzos. Dejamos de lado los aspectos legislativos de la asistencia mental en los que intervino de forma activa, y de los que ya se ha hablado, y nos centramos en concreto en la actividad de Sacristán en lo relativo a la Psiquiatría y su relación con el Derecho, sobre todo con la Penología.

Este tema adquiere importancia en su obra, sobre todo, a partir de 1932 cuando es nombrado profesor del Instituto de Estudios Penales y se introduce en el estudio científico de los delincuentes. Por otra parte, tuvo una destacada actividad como perito, con algunos casos de gran relevancia social como el de Hildegart.

18.1. BIOLOGÍA CRIMINAL

En el campo de la investigación de la personalidad del delincuente, Sacristán se inclinó claramente por una tendencia, ecléctica e integradora, en coherencia con su pensamiento psiquiátrico, como es la Biología Criminal, que estudia la personalidad criminal en su totalidad, o sea, desde el punto de vista de la herencia, del ambiente, del desarrollo psicocorporal, la conducta, los modos de reacción, etcétera. En esta ciencia juegan un importante papel los tipos constitucionales, materia a la que Sacristán dio gran importancia y en la que tantas expectativas depositó. Introdujo y puso en práctica este tipo de estudios en España:

La biología criminal pretende alcanzar, mediante el análisis de la vida total del criminal (psíquica y física), el conocimiento de su esencia y de su devenir. El criminal es, por tanto, su objetivo esencial, (...). Este es el principio de esta nueva tendencia, que en líneas generales no es inoportuno divulgar, ya que esta clase de estudios es casi desconocida entre nosotros.⁹⁴⁰

La biología criminal se ocupa fundamentalmente del estudio de las bases orgánicas de la personalidad, de la vinculación de la conducta criminal a determinadas formas somáticas constitucionales y a diversos métodos de expresión y manifestación externa, de la conexión hereditaria con determinados tipos constitucionales, de las disposiciones

⁹⁴⁰Sacristán (1932c).

constitucionales criminales y de la evolución de la curva vital de las personalidades criminales.⁹⁴¹

Sacristán aborda el problema de la criminalidad desde un punto de vista científico, con un enfoque básico en el que parte de la consideración del hombre como unidad psicofísica, atendiendo a lo somático y lo psíquico. Para ello considera esencial el conocimiento de las características individuales, familiares, biológicas y sociales del delincuente. La finalidad es establecer un pronóstico social e "instituir el tratamiento más adecuado para conseguir durante el cumplimiento de la pena su resocialización". La selección del delincuente, para permanecer dentro del máximo rigor científico, debe realizarse con arreglo a "los principios y la metodología de la biología de la herencia, la psiquiatría, la psicología, la caracterología, la antropología y la higiene de la raza; esto es, desde el punto de vista de la BIOLOGÍA CRIMINAL".⁹⁴²

Sacristán va mucho más allá del simple estudio de los presos que puedan padecer una enfermedad mental y pretende que se realicen estudios científicos sobre todos los delincuentes, que permitan la adopción de medidas profilácticas. Considera más apropiada la existencia de un Servicio de Biología Criminal, que estudie sistemáticamente a todos los delincuentes, que un "anexo psiquiátrico" que se limite al estudio de los casos sospechosos de enfermedad psíquica. Es por ello por lo que propone la creación de un Servicio de Biología Criminal.⁹⁴³

Si bien Sacristán se centra en el estudio de los factores de base científica, psicológicos y biológicos que intervienen, desde un punto de vista etiológico, en la formación del criminal, no deja de advertir que:

El criminal no es un producto natural sino un fenómeno social y no puede admitirse hoy como un tipo biológico de carácter unitario, aunque un determinado grupo de delincuentes implique, por la calidad de sus actos, cierta incapacidad biológica de adaptación.⁹⁴⁴

⁹⁴¹Sacristán (1947a), p. 5.

⁹⁴²Sacristán. IEP, s/f.

⁹⁴³Véase el Capítulo 3.4.2.

⁹⁴⁴Sacristán. IEP, s/f.

Sacristán destaca, sobre todo, la intención terapéutica y de rehabilitación, "la educación del delincuente para poder, en el caso más favorable, restituirle a la vida social en condiciones de mayor resistencia para la lucha por la vida".⁹⁴⁵

Para llevar a cabo esta labor científica, considera indispensable el conocimiento de la psicopatología. Sacristán estructura sus cursos en el Instituto de Estudios Penales en dos partes. La primera dedicada a la psicopatología, en la que estudia los fenómenos psicopatológicos que pueden ser objeto de la criminología, los tipos de enfermedad psíquica desde el punto de vista de la patología criminal y los fenómenos criminales que son objeto de la psicopatología, finalizando con las alteraciones psíquicas engendradas en la prisión y la simulación. La segunda parte la dedica al estudio de la metodología de la biología criminal, la personalidad, el hecho criminal y las estructuras de la personalidad criminal más típicas.⁹⁴⁶

Entre los autores a los que hace referencia Sacristán, destaca Lenz (fundador de la biología criminal), Wulffen, Pollitz, Birnbaum (representante de la psicopatología criminal) y Willinger.

18.2. LA ACTIVIDAD PERICIAL

El problema más frecuente y esencial por el que el psiquiatra entra en contacto con los Tribunales de Justicia no es otro que la determinación de la responsabilidad en temas criminales y la valoración de la capacidad civil.

Sacristán da dos definiciones del perito, la de Mezger y la de V. Kries, que resume de la siguiente forma: "el perito es un testigo que posee una competencia, la cual precisa el tribunal para resolver una determinada cuestión científica, técnica o industrial".⁹⁴⁷

Hace especial hincapié en la imparcialidad que debe guiar la actividad pericial, denuncia el incumplimiento de ese principio por muchos peritos y el consecuente descrédito y suspicacia que origina en la justicia. Propone para terminar con tal situación que:

...los peritajes psiquiátricos fueran acordados por el Tribunal cuando estuviesen indicados por la naturaleza del asunto. De

⁹⁴⁵Sacristán. IEP, s/f.

⁹⁴⁶Sacristán. IEP, s/f.

⁹⁴⁷Sacristán. IEP, s/f.

este modo no habría peritos adscritos a una y otra parte, sino peritos del Tribunal, a los cuales, de antemano, se les situaba ya en una posición de independencia e imparcialidad.⁹⁴⁸

Con respecto a la admisión o no del criterio del perito en el resultado de la prueba, Sacristán opina que la culpa radica en la forma en que el perito realiza su cometido y reivindica la importancia de contar con especialistas en psiquiatría para la valoración de los casos con contenido psiquiátrico, para los que no es válido cualquier médico:

Muchas veces es el perito el único culpable de que su aserto no se tenga en cuenta porque su labor la realizó, a todas luces, de un modo mediocre, pésimo, sin el menor respeto al papel que le fue encomendado, solo para salir de cualquier modo del paso o por otras razones nada limpias.

No voy a entrar en la crítica de la competencia psiquiátrica de otros médicos auxiliares de los tribunales; (...). Y solo recordaré que, en general, el psiquiatra no es requerido con la frecuencia que debiera, ya que su competencia psiquiátrica no puede, en modo alguno, ser substituida por la de cualquier otro médico...⁹⁴⁹

Con respecto a los procedimientos penales, Sacristán indica la existencia de dos objetivos en la pericia:

- Inquirir y reunir los fenómenos psicopatológicos del caso en cuestión.
- El fundamental, examinar y valorar los fenómenos psicopatológicos respecto de su significación en cuanto ésta se refiera o relaciona con la responsabilidad del individuo.

Los métodos utilizados por el psiquiatra forense son los de la psiquiatría clínica. Sin embargo, Sacristán no considera válido el psicoanálisis como método psiquiátrico forense. Es interesante reproducir todo lo que dice al respecto, ver el tono casi burlesco que adopta y su rechazo a dicha utilización. Comenta un caso de Alexander Staub, al que define como partidario acérrimo del psicoanálisis como método científico por excelencia para la pericia:

Citaré a Vds. un caso de este autor en el cual pretende confirmar este aserto: Una mujer de 60 años mata, dentro de un auto, a su nuera que se encuentra embarazada. Para el

⁹⁴⁸Sacristán. IEP, s/f, p. 2.

⁹⁴⁹Sacristán. IEP, s/f, p. 3.

psicoanálisis, la pistola, el feto y el auto son símbolos de los genitales masculinos. Por tanto, para el psicoanalista, la nuera ha robado a la madre el hijo, esto es, el pene que, para la madre, para su inconsciente, es un substitutivo del pene que a ella le falta. Naturalmente, la suegra no puede sufrir ese despojo, no puede sufrir que este hijo que constituía, según la teoría psicoanalítica, el substitutivo del pene, se hallara dentro de la nuera en forma de feto y por eso comete el crimen, para robarle. Como Vds. comprenderán, un psicoanálisis que en esta forma sea utilizado ante los tribunales de justicia no puede ser considerado como un método psiquiátrico forense específico y libre de objeciones. Aunque esta afirmación no invalida los grandes servicios que el psicoanálisis puede proporcionar en el estudio de la personalidad del criminal.⁹⁵⁰

Con respecto al estudio del "material criminal forense", Sacristán recuerda la necesidad de tener en cuenta dos puntos de vista especiales:

1º- Que el hecho psíquico en cuestión, el estado mental del acusado en el momento de los hechos, corresponde al pasado, por lo que hay que reconstruir las causas y motivos psicopatológicos del hecho.

2º- La necesidad de la corrección psicológica del material psicopatológico (la ocultación, la mentira, la exageración, la simulación). Para ello debe evitarse en lo posible lo subjetivo, que es, a su vez, la esencia de la exploración psíquica; propone prestar especial atención a la conducta que muestran muchos criminales en determinadas situaciones.⁹⁵¹

Para la valoración criminal de los fenómenos psicopatológicos, o sea, su relación con la responsabilidad, indica que debe tenerse en cuenta el valor patológico, la altura e intensidad de su fuerza de acción, su influencia sobre la vida psíquica y, especialmente, su influencia sobre los actos.

En la práctica, la actuación de Sacristán como perito puede estudiarse a la luz de algunos informes periciales que se conservan. Utiliza todos los recursos de los cuales dispone la psiquiatría: el estudio de la herencia por los antecedentes familiares incluyendo siempre a los abuelos, la investigación tipológica de Kretschmer, con una especial profundidad en la descripción de la personalidad y un diagnóstico de la personalidad, la analítica de LCR, pruebas interpretativas como el Rorschach, pruebas de inteligencia como el *Preliminary Test of Intelligence* o la prueba de Wechsler. Además utiliza, en lo posible, pruebas objetivas que confirmen

⁹⁵⁰Sacristán. IEP, s/f, p. 5.

⁹⁵¹Sacristán. IEP, s/f, p. 6.

su diagnóstico, como cartas u otros escritos de los pacientes, con numerosas reproducciones literales de las expresiones de los pacientes e incluye siempre una amplia exploración somática. Se extiende con gran erudición a la hora de las consideraciones diagnósticas con planteamiento de diagnósticos alternativos que va discutiendo y razonando con numerosas referencias a los autores de más renombre. Una vez establecido el diagnóstico, pasa a lo que llama "análisis de la determinación del acto", relacionando dicho diagnóstico con el hecho en cuestión.

Sus informes psiquiátricos se caracterizan por su homogeneidad, solidez de argumentación y consistencia interna.

18.3. EL CASO HILDEGART

Aunque sin relación directa con la labor desarrollada por Sacristán en el Instituto de Estudios Penales, el caso Hildegart pertenece a una parcela, la médico legal, que Sacristán abordó con frecuencia en su actividad privada; de los diferentes peritajes realizados el de mayor resonancia pública fue el llamado caso Hildegart. La actividad pericial reunía elementos que atraían fuertemente a Sacristán; por un lado el aspecto psiquiátrico, con sus más finos matices psicopatológicos; por otro lado, el elemento criminal que conocía de sus trabajos en el Instituto de Estudios Penales, y el elemento legal.

El llamado caso Hildegart fue un parricidio en el que Aurora Rodríguez mató a su hija Hildegart; ocurrió el 9 de Junio de 1933. El informe pericial de la defensa fue realizado por Sacristán y Prados Such. A petición del juez, el Colegio de Médicos nombra a Vallejo Nágera y Antonio Piga como peritos. Las opuestas conclusiones a que llegaron ambos equipos de peritos llevó el tema de la pericia psiquiátrica a la prensa, discutiéndose su validez e importancia.

Aquí se pretende resaltar únicamente algunos aspectos del trabajo realizado por Sacristán y Prados. Concluyeron que la informada, Aurora Rodríguez padecía una paranoia pura, sin referirse en ningún momento a la responsabilidad de la acusada, mientras que el peritaje de Vallejo y Piga no realizaba ningún diagnóstico psiquiátrico y concluían en la responsabilidad de la acusada. Las discusiones médicas que siguieron al juicio llegaron a la prensa diaria, interviniendo Lafora, con una serie de doce artículos en el diario *Luz*,⁹⁵² y Angel Garma.⁹⁵³ En la Sociedad de

⁹⁵²Entre el 20 de junio y el 27 de julio de 1934.

Neurología y Psiquiatría de Madrid se celebró una sesión extraordinaria dedicada al caso que terminó con la emisión de una nota en la que la Sociedad se solidarizaba con el informe de Sacristán y Prados.⁹⁵⁴ En dicha sesión Sacristán y Prados presentaron una comunicación sobre el problema forense en los estados paranoides. En su presentación, Sacristán quiere centrarse en el análisis psiquiátrico objetivo pero introduce una denuncia sobre la forma en que se lleva a cabo el peritaje psiquiátrico en España, propone una nueva fórmula y se defiende de las acusaciones sufridas durante el juicio:

Es obvio advertir -quede sentado desde un principio- que dejamos de lado todo cuanto cae fuera del estudio psiquiátrico objetivo del caso, consecuencia de su discusión durante la vista de la causa. No obstante, quede manifestamente expresada aquí nuestra solemne y enérgica protesta contra la forma, hoy vigente en nuestro país, en que se lleva a cabo la prueba pericial. Merced a ella la más rígida y austera actitud de imparcialidad del perito frente a su deber es de antemano prejuzgada y puesta en entredicho, especialmente cuando éste se halla solicitado por la defensa y el procesado posee bienes a los cuales supone subordinada toda su actuación pericial. Esta no puede ser -según los que así piensan y por el motivo apuntado- imparcial y objetiva. Este argumento tópico manejado públicamente durante la vista del proceso contra nuestra actuación pericial nos obliga, no a lamentarnos por la ofensa inferida, sino a formular desde aquí una petición general a cuantos se interesen por la psiquiatría forense para solicitar se intente modificar la prueba pericial en el sentido de que tan solo haya peritos designados por el Tribunal, los cuales actúen con absoluta independencia y libres de todo interés de las partes.⁹⁵⁵

El caso ha sido estudiado con detenimiento por Álvarez y Huertas (1987). En dicho trabajo se reconoce la profesionalidad del informe de Sacristán y Prados y la actitud respetuosa que mantuvieron con la procesada, si bien se vierten veladas críticas sobre la actitud de intentar proteger a la sociedad frente al enfermo mental, algo comprensible si tenemos en cuenta que es una época en que la medicina que se practica está guiada por el paternalismo y en la que, en España, un grupo de psiquiatras lucha por el reconocimiento de la psiquiatría. La psiquiatría se presenta

⁹⁵³Luz, 29 de Mayo de 1934.

⁹⁵⁴Valenciano (1977), p. 121.

⁹⁵⁵Comunicación presentada por Sacristán y Prados en la sociedad de Neurología y Psiquiatría. Inédito. Solo se ha localizado la primera página del informe.

como protectora de la sociedad, es un medio útil para el sistema. La psiquiatrización de la violencia es un hecho mantenido en el tiempo y el establecimiento de los límites separadores es francamente embarazoso. Sin embargo, Sacristán ya había sostenido, en 1923, que la aparición de la violencia en el enfermo mental era un problema psiquiátrico, no policial.⁹⁵⁶

No debe olvidarse que la actual situación de respeto y cuidado del enfermo mental se debe en gran parte a pioneros que, como Sacristán, hace más de medio siglo, llamaron la atención sobre el abandono del enfermo mental y promovieron un trato más humanitario, aunque hoy día, en que la evolución de la medicina y de la relación médico-paciente ha llevado desde el antiguo paternalismo hasta el actual consentimiento informado, se puedan criticar algunas posturas mantenidas por Sacristán y sus coetáneos.

También en el referido trabajo de Álvarez y Huertas se pone en duda la consistencia de la prueba de Rorschach; dicha prueba, fue corregida por Salas, según se deduce de la nota que Sacristán envía a Salas, junto a una copia de las respuestas del Rorschach, y que dice: "Querido Salas: Le envío el Rorschach de la parricida, cuyo resultado le agradeceré se lo remita a Prados, que vive en la calle de Miguel Angel, 14".⁹⁵⁷ No hace falta recordar que Salas era un experto en dicha prueba y fue autor del más importante libro publicado en España sobre dicha prueba.

En otro apartado los autores referidos dudan de la existencia de ideas delirantes en la parricida, argumentando que las ideas eugenésicas de la procesada estaban en esos momentos en boga. El propio Sacristán da la respuesta a ello durante el juicio, cuando el fiscal le interroga y señala el origen patológico de la idea delirante.⁹⁵⁸ No es delirante una idea simplemente por su contenido absurdo sino por su génesis patológica. "Los psiquiatras alemanes tienden a subrayar el origen patológico del delirio".⁹⁵⁹ No está de más recordar la formación germánica de Sacristán. "No es el contenido lo patológico en el delirio, sino la referencia a los demás y al mundo común, que está desorbitada, dislocada, con respecto a la

⁹⁵⁶Sacristán (1923d).

⁹⁵⁷Véase Apéndice núm. 35. Reproducción del Rorschach de Aurora Rodríguez.

⁹⁵⁸*La Voz*, 25 de mayo de 1934.

⁹⁵⁹Hamilton (1986), p. 51.

comunidad".⁹⁶⁰ La lectura detenida del informe de Sacristán y Prados reúne suficientes elementos psicopatológicos que permiten el diagnóstico de paranoia. No se basaron los peritos únicamente en el contenido del delirio para su diagnóstico. Como muestra, un pequeño fragmento del informe:

Su suspicacia llegó a interpretar arbitrariamente en este sentido incluso las frases más corrientes y usuales. Todo tenía para ella un doble sentido, todo iba encaminado a privarla de su hija para utilizar a ésta como instrumento de los demás y destruir su propia obra. (...) En este sentido refiere que al advertir en una cena científica que su hija no bebía vino alguien dijo que no se explicaba por qué hacía esto, y que debía bailar como las demás muchachas de su edad. Esta frase privada de toda importancia tenía para la procesada un sentido y era expresión clara de la intención que los demás abrigaban contra su hija. Este asedio que sufrían ambas se hizo cada vez más estrecho y al fin decide permanecer en casa sin salir, encerrada con su hija, vigilante y espiando los movimientos de la criada, de la que sospechaba era agente al servicio de aquellas personas. Esta sospecha era consecuencia de que, según la procesada, en la conducta de la criada había algo extraño, como en el lujo en el vestido y en las relaciones que mantenía con la vecindad, especialmente con uno de los vecinos en cuyo piso entraba algunas veces. No podía explicarse a qué iba allí como no fuera a dar cuenta de lo que ellas hacían. (...)

A pesar del magnífico informe de Sacristán y Prados, la procesada fue considerada como responsable del parricidio. La evolución de Aurora Rodríguez dio la razón a Sacristán y Prados, pues en Diciembre de 1935 tuvo que ser trasladada al Manicomio de mujeres de Ciempozuelos por presentar una evidente conducta psicótica. Murió, sin salir del manicomio, en 1951.⁹⁶¹

Rendueles da otra fecha (28 de diciembre de 1956) de la muerte de Aurora, tras doce años de negar contactos con el medio hospitalario y extrahospitalario, con relaciones autísticas.⁹⁶²

A lo largo de este caso se puso de manifiesto el carácter correcto, serio y científico de Sacristán. Sus opiniones las expone en el juicio y en los foros científicos como la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid. Siempre procurando mantenerse alejado de polémicas periodísticas.

⁹⁶⁰Scharfetter (1988), p. 245.

⁹⁶¹Valenciano (1977), p. 121-2, relata el final de Doña Aurora.

⁹⁶²Rendueles (1989), p.195. Esta obra hace un profundo y personal estudio de este caso.

18.4. LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL

Tradicionalmente se distinguen dos escuelas penales:

- La escuela clásica, que se caracteriza por considerar al delito como fórmula sacramental del sistema, por basar la responsabilidad en el libre albedrío y por considerar la pena como un mal impuesto al delincuente en retribución al delito cometido.
- La escuela positiva que considera al delito como un fenómeno natural y social, que la responsabilidad penal no asienta en el libre albedrío porque la voluntad humana está determinada por factores antropológicos y sociales y considera que la pena tiene una función social que debe precisarse atendiendo a las condiciones personales del culpable.

La diferencia principal entre ambas escuelas radica en el método (deductivo para la clásica, inductivo y de observación para la positiva) y en que la primera tiene por objeto el delito y la segunda el delincuente.⁹⁶³

Sacristán, como científico, no puede encuadrarse en otro modelo que el positivista. Sin embargo, siempre expone las tendencias existentes. Para él, el concepto de responsabilidad o imputabilidad puede abordarse desde diferentes puntos de vista:

- Criterios metafísicos (ético-filosóficos): el libre albedrío, concepto del que Sacristán se muestra poco partidario por ser un fenómeno metafísico opuesto al principio científico de causalidad.
- Criterios biológicos (empírico-naturales): sobre ellos opina que son "los criterios más exactos y utilizables de la imputabilidad". Critica todos aquellos conceptos de responsabilidad que parten de criterios psicológicos parciales limitados a determinadas esferas psicológicas aisladas; los considera unilaterales y falsos. Tan solo las fórmulas psicológicas que tienen en cuenta todos los componentes psíquicos (especialmente intelectuales y afectivos) pueden tener cierta significación. Es preciso, para Sacristán, contar con el criterio psicopatológico, que permite establecer estados y formas de enfermedad que constituyen los supuestos necesarios de la irresponsabilidad; pero también los considera insuficientes.

Destaca otros dos criterios específicos:

- El de grado, que deriva de la aplicación de criterios científicos y de la existencia de formas intermedias entre la salud mental y la enfermedad y permite la existencia de

⁹⁶³González García (1946), p. 3.

una forma intermedia entre la responsabilidad y la irresponsabilidad: la responsabilidad atenuada, concepto al que Sacristán concede una gran importancia.

- El de relación, en el que los hechos delictivos guarden, o no, correlación con los procesos psíquicos patológicos o normales. Este criterio lo considera fuera de lugar porque no admite la existencia de alteraciones psíquicas parciales y por la imposibilidad de eliminar la influencia de lo patológico.⁹⁶⁴

En resumen, puede considerarse a Sacristán como uno de los introductores de la biología criminal en España, tendencia que le sirvió de medio para la aproximación científica al estudio de la criminalidad, que intentó poner en práctica en nuestro país consiguiéndolo solo de forma parcial y temporal, pues solo funcionó un centro en Madrid y durante un corto intervalo de tiempo. En consonancia con las tendencias penales españolas se alineó con la escuela positiva penal que se preocupa del delincuente no del delito y sostiene que la pena tiene una función de reintegración social; mostró predilección por un criterio biológico de la responsabilidad.

⁹⁶⁴Sacristán. IEP, 6-3-1933, pp. 1-3.

CONCLUSIONES

Una vez expuestos y analizados los aspectos más destacados de la vida y la obra de José Miguel Sacristán y Gutiérrez podemos deducir las siguientes:

CONCLUSIONES

1º- La infancia y adolescencia de Sacristán transcurren en el seno de una familia madrileña de clase media, marcada por la temprana desaparición del padre, lo que no impidió que José Miguel tuviera una educación digna y sin sufrir estrecheces económicas que le posibilitaron el aprendizaje de idiomas como el alemán y el francés.

2º- En cuanto a su formación académica y trayectoria profesional hay que distinguir:

2.1. En la formación científica de Sacristán:

2.1.1. El período universitario (1902-1910), que es vivido como decepcionante ante la ausencia de figuras destacadas de la medicina, con unos resultados académicos discretos.

2.1.2. El período postuniversitario, en el que compensa estas carencias iniciando una sólida formación en disciplinas básicas junto a científicos de gran renombre: fisiología junto a Marañón y Negrín; histología con Achúcarro y bioquímica con Rudolph Allers.

2.1.3. La formación psiquiátrica en España: sus maestros fueron Achúcarro y Gayarre. Sacristán fue el discípulo de Achúcarro que siguió de forma más pura el camino de la psiquiatría.

2.1.4. La formación psiquiátrica en Alemania con su gran maestro: Kraepelin.

2.2. Su actividad científica en España puede dividirse en dos grandes períodos, separados por la guerra civil:

2.2.1. El período que abarca desde su regreso de Alemania en 1914 hasta 1936, en el que llega a ser un clínico eminente y figura destacada de la psiquiatría nacional. Cabe resaltar:

2.2.1.1. La imposibilidad de continuar su labor de investigación de las alteraciones bioquímicas de las enfermedades mentales por la carencia de instalaciones y medios de la ciencia española de la época.

2.2.1.2. Dedicación intensa a la clínica psiquiátrica, como director del manicomio de mujeres de Ciempozuelos y del sanatorio de Nuestra Señora de los Ángeles. Mejoró notablemente las historias clínicas, comenzó a utilizar sistemáticamente la nosología kraepeliniana y concedió gran importancia a la anamnesis familiar. Una de sus facetas más destacada fue como clínico.

2.2.2. Madrid, Valencia y Barcelona fueron las ciudades en las que Sacristán pasó la guerra civil, desempeñando tareas asistenciales en la Clínica de neurosis de guerra de Godella y como Jefe Interino de la Sección de Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad. Su obra está marcada por la guerra civil, que supuso una ruptura biográfica y determinó la frustración de un proyecto de psiquiatría científica moderna.

2.2.3 El periodo de posguerra:

2.2.3.1. En los primeros años es perseguido y postergado por equivocadas razones políticas. Desposeído de todos sus cargos, sin recursos económicos y sin posibilidades de ejercer su profesión, se dedicó a realizar traducciones. Todo ello le sumió en un profundo desánimo y le condujo a un prematuro retiro de la vida científica española. Su actividad asistencial se redujo a la consulta privada.

2.2.3.2. Al final de la década de los cuarenta, gracias a la serie divulgativa publicada en el diario ABC y, sobre todo, a la invitación del gobierno venezolano para impartir un curso de psiquiatría en Caracas, Sacristán vuelve, por un breve periodo de tiempo, a la vida científica fuera de nuestro país, pero graves problemas de salud cercenan su recuperación y le conducen a su retiro definitivo.

2.2.3.3. El curso impartido en Venezuela supuso el reconocimiento a una trayectoria profesional que España le había negado. Allí fue reconocido como figura y maestro de la psiquiatría y contribuyó a la formación de una escuela psiquiátrica venezolana.

3º- La participación de Sacristán en la institucionalización de la psiquiatría como especialidad médica en España y en la renovación legislativa y asistencial psiquiátrica española en el primer tercio de siglo consistió en:

3.1. Desempeñó un destacado papel en la institucionalización de la psiquiatría en España por medio de:

3.1.1. La denuncia en prensa y difusión social de la situación del enfermo mental y de la asistencia psiquiátrica española.

3.1.2. La idea de crear la revista *Archivos de Neurobiología*, que finalmente funda en 1919 junto a Lafora y Ortega y Gasset.

3.1.3. La activa participación en las asociaciones de profesionales: Presidente y Vicepresidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, Vicepresidente y Vocal de la Liga Española de Higiene Mental, Presidente de la Sociedad Madrileña de Neurología y Psiquiatría y Vocal del Consejo Superior Psiquiátrico.

3.1.4. La reivindicación de la independencia de la psiquiatría frente a la neurología (1922).

3.1.5. La demanda de la necesidad de enseñanza oficial de la psiquiatría en la universidad. Desde muy pronto (1912) denunció la ausencia de enseñanza oficial psiquiátrica en la universidad y reclamó la creación de una Cátedra de psiquiatría. Su propuesta fue, por una parte, que la psiquiatría fuera una asignatura oficial de la carrera de medicina (que aumente el nivel psiquiátrico de los médicos generales), y, por otra, la creación de centros de investigación psiquiátricos (generadores de una psiquiatría nacional avanzada).

3.2. Sacristán fue un personaje clave en la reforma psiquiátrica de 1931:

3.2.1. Redactó el núcleo original de 20 artículos que, tras sucesivas discusiones, acabó transformándose en el Decreto de julio de 1931.

3.2.2. Definió los puntos esenciales necesarios para llevar a cabo la reforma psiquiátrica (publicando planes concretos que sirvieron de inspiración a los profesionales y autoridades) y contribuyó en cada uno de ellos:

3.2.2.1. Un cambio de la consideración social del enfermo mental.

3.2.2.2. Un trato más humanitario al enfermo.

3.2.2.3. La necesidad de una formación básica en psiquiatría para todos los médicos y una posterior especialización en psiquiatría de tipo práctico en los hospitales.

3.2.2.4. La importancia de iniciar una investigación científica psiquiátrica nacional para evitar la dependencia del exterior y acabar con el atraso asistencial.

3.2.2.5. La obligación de contar con una nueva legislación.

3.2.2.6. La modernización de la asistencia manicomial.

3.2.2.7. La organización de la asistencia extramanicomial, indispensable para una asistencia moderna y científica.

3.3. Participó en el intento de renovación de la asistencia psiquiátrica:

3.3.1. Expuso las causas que, a su juicio, habían conducido y permitido la situación de atraso de la psiquiatría en España:

3.3.1.1. La carencia en la medicina española de una personalidad creadora que organizara de forma científica los servicios psiquiátricos.

3.3.1.2. El desconocimiento de la labor que habían realizado anteriormente los médicos que tenían a su cargo la asistencia de los enfermos mentales.

3.3.1.3. El carácter propio de la psiquiatría, la carencia de una terapéutica rápida y segura y la creencia de la incurabilidad de las enfermedades mentales habían mantenido apartados a los médicos más dotados.

3.3.1.4. La orientación de los estudios médicos en España, que conducía a la formación de profesionales que destacaban como médicos prácticos, no como hombres de capacidad creadora.

3.3.2. Luchó por cambiar la imagen del enfermo mental. La imagen popular que se tenía del enfermo mental era la de un ser peligroso, que precisaba un control policial en las situaciones urgentes. Sacristán abogó por una humanización del trato al enfermo mental, recordando que son enfermos, no malhechores, que precisan atención médica. Sacristán (ya en 1922) se opuso al uso de la camisa de fuerza para el transporte de los enfermos mentales y para la reducción de agitados y propuso un sistema más moderno y humano.

3.3.3. Intentó modernizar el régimen manicomial. Siguió considerando válido al manicomio, pero con una nueva estructura y una nueva misión. El manicomio debía

dejar de ser un centro de depósito y convertirse en un centro terapéutico donde se procurara la curación y reinserción del enfermo mental, limitando su uso a los casos agudos; tenía que dejar de ser el centro de la asistencia psiquiátrica, debiendo desarrollarse, para ello, la asistencia extramanicomial.

3.3.4. Denunció, en 1935, el fracaso de la reforma del 31 por la continuación de la idea asilar y la falta de desarrollo de la asistencia extramanicomial.

4º. La influencia de Sacristán en la evolución de la psiquiatría española, en la introducción de las escuelas psiquiátricas europeas y su pensamiento psiquiátrico:

4.1. El pensamiento psiquiátrico de Sacristán se encuadra en el modelo médico somático de la psiquiatría germana, en el que se le concede gran importancia a la investigación anatómica y metabólica. Concibió la psiquiatría como una ciencia médica de gran interés práctico y cuyo desarrollo dependerá del estudio y de la investigación científica. Siempre consideró básica la investigación de las enfermedades mentales por medio del análisis de la base orgánica de las mismas y hasta el final de su vida dio validez al principio médico kraepeliniano que busca la causa orgánica de las enfermedades. Destacó la necesidad de la investigación de laboratorio y, en la medida de sus posibilidades, desarrolló una modesta labor en este sentido. Pretendió desarrollar en España este modelo médico y crear una investigación psiquiátrica nacional que permitiera romper la dependencia de las ideas psiquiátricas extranjeras y crear un pensamiento propio.

4.2. Su llegada a la psiquiatría coincide con un momento en que los estudios anatomopatológicos están siendo superados ante su fracaso para la explicación de las enfermedades mentales. La búsqueda de alteraciones metabólicas en la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos es el campo en el que Sacristán, siguiendo las ideas de Kraepelin, inicia su concepción de la enfermedad mental. El fracaso en el descubrimiento de los síntomas somáticos de dichos trastornos conduce a Sacristán a la búsqueda de nuevos enfoques y aportaciones que permitan una mejor atención a los enfermos. Deposita una gran confianza en las teorías constitucionalistas de Kretschmer y acepta una mayor influencia de las tendencias

psicologicistas. Paulatinamente va adoptando una actitud cada vez más práctica que beneficie al enfermo mental.

4.3. Discipulo de Kraepelin, Sacristán fue uno de los más destacados introductores y defensores del pensamiento kraepeliniano en España, habiendo sido el promotor de la adopción oficial en España de su clasificación de las enfermedades mentales (propuesta que fue aprobada en la Asamblea fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, celebrada en Barcelona en 1924). Consideraba que las clasificaciones surgían de una necesidad, que no podía prescindirse de ellas pero que no debían convertirse en dogmas.

4.4. Sacristán considera la psicología como un instrumento con una finalidad práctica, cuyas tendencias dominantes (introspectiva y objetiva) le parecen insuficientes. No tiene prejuicios de escuela y concibe la psicología en el sentido dado por Kretschmer y Schilder (una psicología de la práctica médica y para la práctica médica).

4.5. Conocedor profundo de la obra de Jaspers, difunde en nuestro país su psicopatología. Puede decirse que el autor español se adscribe a la corriente fenomenológica, tomando como base a Jaspers, al que considera el más grande psicopatólogo, y añadiéndole ideas de diferentes autores, sobre todo Gröhle, Kretschmer y Schneider; en resumen, una psicopatología germana fundamentalmente fenomenológica.

4.6. Sacristán fue el primero y más importante difusor de las teorías genético-constitucionalistas de Kretschmer. Fue el primer autor que hizo una validación empírica de la teoría de los biotipos en casos españoles y pionero, en nuestro país, en el uso clínico habitual de la tipología de Kretschmer. Consideró el sistema de Kretschmer como la aportación más importante desde Kraepelin, por suponer un nuevo campo de investigación en la psiquiatría, porque permitía superar la dualidad somato-psíquica y por su diagnóstico polidimensional.

4.7. Sacristán distingue dos actitudes diferentes con respecto al concepto de enfermedad mental: la del psicopatólogo puro, que trabaja sin un concepto de

enfermedad estricto y la del clínico al que le es forzoso trabajar con conceptos reales (o provisionales) que le permitan, dentro de la esfera puramente empírica en que se mueve, llegar a conclusiones útiles para sus enfermos. Sin eludir las cuestiones teóricas de la psiquiatría, a las que dedicó importantes trabajos, siempre abogó por una actitud práctica para solucionar el problema del enfermo mental, con una actitud abierta a las diversas tendencias existentes.

4.8. Desde el punto de vista clínico fue rotundo en la concepción orgánica de la esquizofrenia y de la psicosis maniaco depresiva, en consonancia con la escuela de Heidelberg, con la cual se sentía identificado. Destacó la importancia de la herencia, negó la posibilidad del desencadenamiento psíquico de la esquizofrenia y adelantó que la investigación biológica sería la forma más fructífera de avanzar en el conocimiento de las dos grandes psicosis. Concibe las neurosis desde el punto de vista psicosomático y las psicopatías desde el punto de vista biopsicosocial. Estarían constituidas por una base biológica alterada sobre la cual actuarían los factores ambientales, siendo necesario su análisis desde el punto de vista psicodinámico y morfológico.

4.9. Siempre mantuvo una visión muy pesimista, de los recursos terapéuticos en psiquiatría. Fue pionero en la utilización de la narcosis de Kläsi en España, señaló las limitaciones del psicoanálisis, concedió gran importancia a la terapéutica ocupacional de Simon y advirtió el efecto negativo de los internamientos psiquiátricos.

4.10. La principal aportación de Sacristán a la psiquiatría de guerra es su postura científica y antibelicista, no dejándose conducir por las influencias ideológicas de la contienda. Para Sacristán, el problema más importante eran las neurosis de guerra, que concibe, en la línea de Kretschmer, como reacciones anormales en las que predominan los factores psicológicos y cuyo tratamiento es la psicoterapia. Asimismo, omite juicios de valor acerca del significado de dicho trastorno. Su actitud terapéutica es menos expeditiva que la propuesta por los autores más representativos de ambos bandos. Destaca su actitud en el tratamiento de las neurosis de guerra en contra de los criterios excesivamente belicistas y su visión del simulador como un posible enfermo.

4.11. Sacristán contribuyó activamente a la institucionalización de la higiene mental en España, a través de la Liga Española de Higiene Mental, en cuya creación y desarrollo intervino activamente. Por una parte como uno de los pioneros en la demanda de creación de una Liga de protección al enfermo mental (en 1921) y, por otra, con la actividad efectuada en los diferentes cargos desempeñados y su trabajo en la nueva legislación que sirvió de base jurídica para la instauración oficial de la higiene mental en España. Asimismo, destacar los temas que trató en sus trabajos de higiene mental, absolutamente vanguardistas en nuestro país, como el ruido, la higiene sexual y la psiquiatría comparada. Subrayar su constante idea sobre la necesidad de la higiene mental para una asistencia psiquiátrica moderna y completa.

4.12. Sacristán aceptó el psicoanálisis dentro de su actitud abierta a todas las tendencias pero con limitaciones.

4.12.1. Concedió una gran importancia a la obra de Freud, pero mostró su desacuerdo personal con ciertos aspectos:

- La interpretación de los sueños.
- La concepción psicoanalítica de la esquizofrenia.
- El uso terapéutico del psicoanálisis en las psicosis.
- El pansexualismo freudiano.
- Los aspectos especulativos, en general, que posee el psicoanálisis.

4.12.2. Desaconsejó el uso del psicoanálisis si no se poseía una preparación previa adquirida en un Instituto psicoanalítico.

4.12.3. Se declaró personalmente como no psicoanalista y muy alejado ideológicamente del freudismo ortodoxo.

4.12.4. Aceptó la utilidad del psicoanálisis como medio de conocimiento psicológico y psicopatológico.

4.12.5. Consideró válido el psicoanálisis para el estudio de las psicopatías y las neurosis.

4.13. Fue uno de los principales introductores de la biología criminal en España, tendencia que le sirvió de medio para la aproximación científica al estudio de la criminalidad. El enfoque básico parte de la consideración del hombre como unidad psicofísica, atendiendo a lo somático y lo psíquico. Para ello consideraba esencial el conocimiento de las características individuales, familiares, biológicas y sociales del

delincuente. La finalidad era establecer un pronóstico social e instituir el tratamiento más adecuado para conseguir durante el cumplimiento de la pena su resocialización. La selección del delincuente, para permanecer dentro del máximo rigor científico, debía realizarse desde el punto de vista de la biología criminal. Desde el punto de vista de la psiquiatría forense, Sacristán se encuadró en la escuela positivista y se inclinó por el criterio biológico de responsabilidad penal. Reivindicó la necesidad de que los peritajes de contenido psiquiátrico fueran realizados por especialistas en psiquiatría frente a los forenses.

4.14. Su actitud como psiquiatra puede definirse en tres palabras: ecléctico, hipercrítico y antidogmático.

5°- De forma global, en la trayectoria científica y profesional de Sacristán pueden señalarse los siguientes aspectos:

5.1. Un papel esencial en la introducción de las principales corrientes de la psiquiatría alemana, que contribuyeron al desarrollo de una psiquiatría científica y moderna en España.

5.2. Una ausencia casi absoluta de aportaciones científicas originales.

5.3. Un esfuerzo en el fomento de la investigación clínica y de laboratorio que permitiera elevar el nivel científico de la psiquiatría española.

5.4. Una destacada participación en los esfuerzos de reforma legislativa y asistencial de los años veinte y treinta.

5.5. Un papel de protagonista en la organización y desarrollo de las instituciones profesionales de la psiquiatría española en el primer tercio de siglo.

APÉNDICE



Apéndice núm. 1. Sacristán en el laboratorio de Cajal. De derecha a izquierda: mozo de lab., bedel, Juan de Dios Sacristán, R. Yllera, Achúcarro, Gayarre, José Miguel Sacristán, D. Sánchez y Lafora; Cajal en primer plano.

Resumen del acta de la Junta ordinaria celebrada el 17 de Marzo.

Fue presentado D. Leopoldo López García, para Socio correspondiente, por el Sr. Tello, y se acordó su admisión por unanimidad.

Se acordó la impresión y reparto del Reglamento entre los Socios.

Se dió por terminado el período constitutivo, quedando formada la Sociedad por los siguientes Socios fundadores:

Achúcarro (D. Nicolás).	López Elizagaray (D. Jacobo).
Aguilar (D. Florestán).	López Suárez (D. José).
Alonso Sañudo (D. Manuel).	Llavador (D. José).
A. Sáinz de Aja (D. Enrique).	Madinaveitia (D. Juan).
Arredondo (D. Manuel).	Maestre (D. Tomás).
Arta (D. Germán).	Maratón (D. Gregorio).
Arta (D. Juan).	Márquez (D. Manuel).
Bolívar (D. Ignacio).	M. Díaz del Villar (D. Juan).
Burkalo (D. José).	Medina (D. Alfonso).
Cabracho (D. Ángel).	Mendoza (D. Antonio).
Cardenal (D. León).	Murillo (D. Francisco).
Casares (D. José).	Olivares (D. Laureano).
Celada (D. Vicente).	Olóriz (D. Federico).
Cifuentes (D. Pedro).	Ortiz de la Torre (D. José).
Coca (D. Fernando).	Parache (D. Félix).
Colomo (D. Victoriano).	Pascual y Rico (D. Salvador).
Cortezo (D. Carlos).	Pittaluga (D. Gustavo).
Espina (D. Antonio).	Prieto (D. Pantaleón).
Fernández Sanz (D. Enrique).	Ramón y Cajal (D. Santiago).
García del Mazo (D. Enrique).	Ribera (D. José).
García Hurtado (D. Salustiano).	Rodríguez Carrascido (D. José).
García Izcara (D. Dalmacio).	Rodríguez Illera (D. Luis).
García Pulido (D. Carlos).	Sacristán (D. José).
García Tapia (D. Antonio).	Sampelayo (D. Jesús).
Gayarre (D. Miguel).	Sánchez Covisa (D. Isidro).
Gómez Gereda (D. Eduardo).	Sánchez Covisa (D. José).
Gómez Ocaña (D. José).	Sánchez (D. Domingo).
González Tomás (D. Julio).	Simarro Lacabra (D. Luis).
Goyanes (D. José).	Stockler (D. Enrique).
Gutiérrez Gamero (D. Augusto).	Suárez de Figueroa (D. José).
Guzmán (D. Julio de).	Tello (D. Francisco).
Hernando (D. Teófilo).	Terroba (D. Antonio).
Hidalgo (D. Julio).	Toledo (D. Julio).
Hinojar (D. Adolfo).	Torres (D. Lucas de).
Hoyos (D. Luis).	Valderrama (D. José).
Huertas (D. Francisco).	Velasco (D. José).
Isla (D. Enrique).	Verdes Montenegro (D. José).
Leoz Ortín (D. Galo).	Viguera (D. Francisco).
López Durán (D. Basilio).	

Apéndice núm. 2. Lista de socios fundadores de la Sociedad Española de Biología, entre los que aparece Sacristán.

LUIS-FORTUN

Luis Fortún acaba de morir en Suiza. La enfermedad que ha roto su vida fue causa de que su nombre no llegara al gran público. En plena juventud se vio forzado a refugiarse en Suiza, renunciando con ejemplar resignación a la vida científica activa para la que estaba excepcionalmente capacitado. Durante sus breves estancias en Madrid se entregaba intensamente al trabajo, y últimamente en la clínica de Marañón llevó a cabo una labor extraordinaria de tipo nada común en nuestro país. Producto de sus últimos estudios es su libro sobre la evolución y el estado actual del concepto patológico de la tuberculosis, aparecido poco tiempo antes de su muerte.

Pertenecía Luis Fortún a un reducido grupo de médicos de seria formación científica que, huyendo de todo efectismo y teatralidad —tan frecuentes en la profesión médica—, van derechos a su objeto: la investigación clínica. Este grupo, diseminado por las clínicas

y laboratorios nacionales, va elevando poco a poco el rango científico profesional y barriendo los falsos prestigios y las huecas actitudes que tanto daño han hecho, y aún hacen, a la Medicina española. Su mala salud no fue obstáculo para que en los momentos de tregua en su lucha con la enfermedad dedicara su tiempo con entusiasmo y cálido optimismo al trabajo. Incluso en Suiza, durante los largos períodos de reposo, no abandonaba su ocupación favorita: el estudio. Dotado de un espíritu de gran sutileza crítica y extraordinaria sensibilidad estética, las cuestiones tratadas por él, aun las más áridas, adquirían matices insospechados, despertando el interés general. Su preparación anatomopatológica —trabajó al lado de Achúcarro en el laboratorio de Cajal y con Monakow y Bing en Suiza— le permitía un tipo de investigación clínica absolutamente moderno y en perfecta consonancia con su actitud científica. Enemigo de lo superficial y de las aproxima-

Apéndice núm. 3. Necrológica de Luis Fortún. No localizado lugar ni fecha de publicación. Pág. 1 de 2. Se reproduce a continuación para mejor lectura.

Luis Fortún acaba de morir hoy en Suiza. La enfermedad que ha roto su vida fue causa de que su nombre no llegara al gran público. En plena juventud se vio forzado a refugiarse en Suiza, renunciando con ejemplar resignación a la vida científica activa para la que estaba excepcionalmente capacitado. Durante sus breves estancias en Madrid se entregaba intensamente al trabajo, y últimamente en la clínica de Marañón llevó a cabo una labor extraordinaria de tipo nada común en nuestro país. Producto de sus últimos estudios es su libro sobre la evolución y el estado actual del concepto patológico de la tuberculosis, aparecido poco antes de su muerte.

Pertenecía Luis Fortún a un reducido grupo de médicos de seria formación científica que, huyendo de todo efectismo y teatralidad —tan frecuentes en la profesión médica— van derechos a su objetivo: la investigación clínica. Este grupo, diseminado por las clínicas y laboratorios nacionales, va elevando poco a poco el rango científico profesional y barriendo los falsos prestigios y las huecas actitudes que tanto daño han hecho, y aún hacen, a la Medicina española. Su mala salud no fue obstáculo para que en los momentos de tregua en su lucha con la enfermedad dedicara su tiempo con entusiasmo y cálido optimismo al trabajo. Incluso en Suiza, durante los largos períodos de reposo, no abandonaba su ocupación favorita: el estudio. Dotado de un espíritu de gran sutileza crítica y extraordinaria sensibilidad estética, las cuestiones tratadas por él, aun las más áridas, adquirían matices insospechados, despertando el interés general. Su preparación anatomopatológica —trabajó al lado de Achúcarro en el laboratorio de Cajal y con Monakow y Bing en Suiza— le permitía un tipo de investigación clínica absolutamente moderno y en perfecta consonancia con su actitud científica. Enemigo de lo superficial y de las aproxima-

tiempos, atacaba los problemas que intentaba resolver con toda energía, sin esquivar en ningún momento las dificultades; antes por el contrario, buscándolas y enfrentándose valientemente con ellas. Esta seria actitud chocaba con el medio y fue causa de sus quejas y de su visión, un poco pesimista, de la vida científica española.

Dirigió sus primeros estudios, iniciados ya al término de sus años escolares, hacia la neurología y la psiquiatría. Pensionado durante la época de la guerra, estudió en Suiza durante un breve tiempo con Monakow, y más tarde con el neurólogo Bing de Basilea. El año 1919 ingresó como médico interno en el Manicomio de Mujeres de Ciempozuelos, y durante el año y medio que desempeñó este cargo, su actuación fue excelsa. Su gran curiosidad científica, unida a una capacidad de trabajo poco común, le impulsaban a una actividad extraordinaria. Durante los ratos libres que el servicio clínico le deparaba, servicio abrumador que siempre realizó, satisfecho y animoso, se ocupó con gran entusiasmo de la anatomía de las psicosis. Organizó una sala de autopsias modelo, y en el laboratorio del Manicomio trabajaba hasta horas avanzadas de la noche en condiciones nada agradables, pues por aquel entonces la calefacción no había sido aún instalada en aquella parte del edificio.

Su salud empezó a quebrantarse, y con gran dolor de su alma—jamás olvidaré nuestras largas conversaciones de entonces—, interrumpió su labor y partió a Suiza. Dejó varios trabajos anatomopatológicos sin concluir, entre otros, uno acerca de las alteraciones de la corteza cerebral en las psicosis seniles. A su regreso de Suiza, después de una dilatada ausencia de muchos meses, muy mejorado de su dolencia, renunció a la psiquiatría, para la que estaba excepcionalmente dotado, y continuó, estableciéndose en Málaga, dedicado a las enfermedades del pecho, especialidad que estudió muy a fondo, aprovechando su estancia como enfermo en Suiza. Su aplicación y su extraordinario talento le valieron una plaza de médico en un sanatorio suizo—en el mismo que ha dejado de vivir—, que desempeñó durante el plazo que las leyes suizas permiten a un extranjero.

Y últimamente, antes de su último y definitivo viaje a Suiza, dedicó su tiempo, con la actividad y el entusiasmo en él habituales, a la investigación clínica al lado de Marañón, en las salas del Hospital General. De su labor en este centro, modelo en nuestro país, quedará un recuerdo eterno muy difícil de olvidar y un hermoso ejemplo de cómo una vida casi agotada por la enfermedad supo sobreponerse a ella y serenamente tratar de conocerla a fondo. "Mucho se puede conseguir hoy en la curación y profilaxis de la tuberculosis" ha escrito Luis Fortún recientemente, y esta verdad no lo ha sido para él, víctima suya.

JOSÉ M. SACRISTÁN

Apéndice 3. Pág. 2 de 2

ciones, atacaba los problemas que intentaba resolver con toda energía, sin esquivar en ningún momento las dificultades; antes por el contrario, buscándolas y enfrentándose valientemente con ellas. Esta seria actitud chocaba con el medio y fue causa de sus quejas y de su visión, un poco pesimista, de la vida científica española.

Dirigió sus primeros estudios, iniciados ya al término de sus años escolares, hacia la neurología y la psiquiatría. Pensionado durante la época de la guerra, estudió en Suiza durante un breve tiempo con Monakow, y más tarde con el neurólogo Bing de Basilea. El año 1919 ingresó como médico interno en el Manicomio de Mujeres de Ciempozuelos, y durante el año y medio que desempeñó este cargo, su actuación fue excelsa. Su gran curiosidad científica, unida a una capacidad de trabajo poco común, le impulsaban a una actividad extraordinaria. Durante los ratos libres que el servicio clínico le deparaba, servicio abrumador que siempre realizó, satisfecho y animoso, se ocupó con gran entusiasmo de la anatomía de las psicosis. Organizó una sala de autopsias modelo, y en el laboratorio del Manicomio trabajaba hasta horas avanzadas de la noche en condiciones nada agradables, pues por aquel entonces la calefacción no había sido aún instalada en aquella parte del edificio.

Su salud empezó a quebrantarse, y con gran dolor de su alma—jamás olvidaré nuestras largas conversaciones de entonces—, interrumpió su labor y partió a Suiza. Dejó varios trabajos anatomopatológicos sin concluir, entre otros, uno acerca de las alteraciones de la corteza cerebral en las psicosis seniles. A su regreso de Suiza, después de una dilatada ausencia de muchos meses, muy mejorado de su dolencia, renunció a la psiquiatría, para la que estaba excepcionalmente dotado, y continuó, estableciéndose en Málaga, dedicado a las enfermedades del pecho, especialidad que estudió muy a fondo, aprovechando su estancia como enfermo en Suiza. Su aplicación y su extraordinario talento le valieron una plaza de médico en un sanatorio suizo—en el mismo que ha dejado de vivir—, que desempeñó durante el plazo que las leyes suizas permiten a un extranjero.

Y últimamente, antes de su último y definitivo viaje a Suiza, dedicó su tiempo, con la actividad y el entusiasmo en él habituales, a la investigación clínica al lado de Marañón, en las salas del Hospital General. De su labor en este centro, modelo en nuestro país, quedará un recuerdo eterno muy difícil de olvidar y un hermoso ejemplo de cómo una vida casi agotada por la enfermedad supo sobreponerse a ella y serenamente tratar de conocerla a fondo. "Mucho se puede conseguir hoy en la curación y profilaxis de la tuberculosis" ha escrito Luis Fortún recientemente, y esta verdad no lo ha sido para él, víctima suya.

Hoy descansa Luis Fortún al lado de un hombre, muerto también en la juventud, espíritu excelso y excepcional como él, su hermano el poeta Fernando. Ambas vidas, agotadas en breve, llenaron mucho tiempo, como dice la Sagrada Escritura: "Consummatus in brevi explovit tempora multa".

JOSÉ M. SACRISTÁN

subsecretaria.

Universidades.

Por Real orden de esta fecha
S. M. el Rey (q.D.G.) ha tenido á
bien conceder á V. S. una pensión
de un año, que podrá comenzar des-
de 1º de Agosto próximo, para es-
tudios de Fisiología é Histopato-
logia de las glándulas de secre-
ción interna, en Alemania, con
350 pesetas mensuales, 500 para
viajes y 300 para matrículas.

De orden del señor Ministro le
digo á V.S. para su conocimiento
y satisfacción.

Dios guarde á V.S. muchos años.

Madrid 27 de Junio de 1912.

El Subsecretario.



Sr. D. José Miguel Sacristán y Gutierrez.



Apéndice núm. 5. Sacristán en Breslau.

LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN.

Herr Jose Elquel Sacristan y Guttierri, Arzt

hat die Erlaubnis erhalten, im

Dr. J. Elquel 49/1

Sommer-Semester 1913

die unseitig verzeichneten Vorlesungen zu besuchen. Vorbehalten
ist hierbei die Zustimmung der Herren Dozenten.

Der derzeitige Rektor:

[Signature]

Herrngebühren 6 M.

Unfallversicherungsprämie 1 M.

Vorlesungen

Namen
der Dozenten

Notizen
X S

Vorlesung

Herrngebühren u. Unfallversicherung

6 M.

*Einleitung in wissenschaftl.
Labor. Arbeiten*

Kraus

32

Spez. mit Tuli 1913

Klinische Demonstrationen

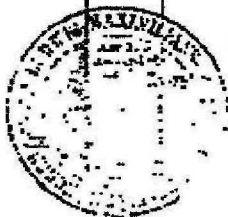
1913

32



Apéndice núm. 6. Matricula de los cursos del verano de 1913 en Munich.

Bezeichnung der betrogen Vorlesungen im vollständigen Wortlaut		Zahl der hochschul- Einschreibungen	Nummer der Benützer in alphabetischer Reihenfolge	Zusätzliche Honorar-Betrag durch Dienstleistungen Praktik-Gehälter u. sonst. Gebühren
Wintersemester 1913/14				
Psychiatrische Klinik		4	Prof. Kasperian	17
Klinische Vorlesungen für <u>Körperheiler</u>		2	Prof. Kasperian	2
Weitere				
Die Physiologie und Pathologie des inneren Sekretions in ihrer Beziehung zum Nervensystem		2	Dr. Albers	10
Arbeiten im chemischen Laboratorium der psychiatrischen Klinik.		48	Dr. Albers	50
Höferege			Vers Prämie	00
Bezahlte			8-NOV.1913	
Univ. Göttingen München				



Apéndice núm. 7. Matrícula de los cursos del semestre de invierno de 1913 en Munich.

Noticias profesionales.

La enseñanza de la Psiquiatría en Munich.

Para el próximo semestre de invierno se anuncian las siguientes conferencias y cursos prácticos:

Doctor Specht: Introducción a la psicología experimental (los martes de seis y media a ocho).

Professor Kerschensoln: Enfermedades funcionales y psico-neuróticas los sábados de seis y media a ocho).

Doctor Specht: Patología del yo (los miércoles de cinco a seis).

Doctor Rüdin: Problemas y profilaxia de la degeneración y herencia (los martes de seis y media a siete y media).

Doctor Isserlin: Psicoterapia, dedicada especialmente a la teoría del hipnotismo, sugestión y psico-análisis (los lunes de seis a siete).

Doctor Isserlin: Curso de psicoterapia (hora aún no fijada).

Professor Kraepelin: Clínica psiquiátrica (los martes y jueves de diez a doce).

Professor Kraepelin: Demostraciones clínicas (miércoles de cinco a siete).

Professor Kraepelin: Dirección para trabajos científicos.

Professor Spielmeier: Histología e histopatología del sistema nervioso (hora aún no fijada).

Doctor Pfaut: Introducción a la clínica psiquiátrica (los lunes de cinco a seis).

Doctor Isserlin: Psicología criminal (los jueves de cinco a seis).

Doctor Gudden: Policlínica psiquiátrica (los miércoles de diez a once).

Doctor Rüdin: Práctica jurídico-psiquiátrica (los viernes de seis y media a ocho).

Doctor Fleckner: Psicología general con experimentos y demostraciones (lunes, miércoles y viernes de cuatro a cinco).

Doctor Kafka: Ejercicios de Psicología experimental (dos horas; privado).

Doctor Geiger: Ejercicios psicológicos (psicología del gusto estético) (hora aún no fijada).

La lectura de este anuncio oficial da clara idea del interés e importancia que se concede a esta clase de estudios, desgraciadamente tan despreciados en nuestras Universidades, en las que, vergüenza da decirlo, aún no existe una cátedra de Psiquiatría.

Extensamente nos ocuparemos más adelante de lo concerniente al estudio de la psiquiatría y a la organización de los manicomios en Alemania, asuntos de gran interés para España, vergonzosamente pospuestos y olvidados.—J. M. Sacristán (Munich).

Sehr geehrtes Herr College!

Auf Ihren Wunsch bin ich gern bereit, meine Zustimmung zur Uebersetzung des „100 Jahre Psychiatrie“ zu geben. Ich muss Sie aber bitten, sich wegen der Bedingungen zuvor mit der Verlagshandlung von Julius Springer, Berlin, Linienstrasse, in Verbindung zu setzen, da diese ebenfalls über das Uebersetzungsrecht zu verfügen hat.

In collegialer Hochachtung Ihr ganz ergebener

München, S. XI. 1920.

Kraepelin.

Apéndice núm. 9. Pág. 1 de 4. Carta de Kraepelin a Sacristán (5-11-1920).

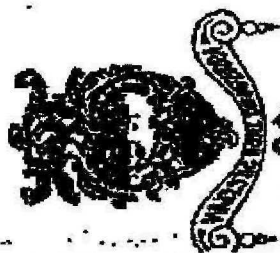
Schöngeistlicher Lehr College! München, 9. V. 1922.

Heute ist hier bei mir ein Lehr Junge mit einer
Hörstörung, die fast alles das von mir beschrieben
"Erwartungsneurose" angehört. Die Behandlung würde
in hypnotischer Beeinflussung bestehen, die ist leider
nicht durchführbar, weil dazu die genaue Kenntnis
des Spanischen erforderlich wäre. Ich habe deswegen dem
Patienten empfohlen, sich nicht zu winden, da er sonst
nicht wieder zu gehen bestärkt. Vorsichtige hypnotische
Suggestion wird, wie ich glaube, bestimmt zum Ziele führen.
Bei organischen Störungen ist jedenfalls nicht zu denken;

Der Pat. ist offenbar ein intelligentes, gemäßigtes lat. ^{ital.}
Psychopath. Es wird mich sehr interessieren, von Ihnen
weiteren Nachrichten über den Erfolg zu erhalten.

In kollegialer Hochachtung Ihr ganz ergebener

Kraepelin.



Blankenese 30. Dec. 1924

Sehr geehrter Herr Collega

Für Ihre freundliche Aufforderung, die Vorlesung zu besuchen, danke ich Sie sehr. Ich habe mich sehr freuen dürfen, Sie zu sehen und mit Ihnen zu sprechen. Ich habe sehr viel von Ihnen gelernt und bin sehr dankbar für Ihre Bemühungen. Ich habe sehr viel von Ihnen gelernt und bin sehr dankbar für Ihre Bemühungen. Ich habe sehr viel von Ihnen gelernt und bin sehr dankbar für Ihre Bemühungen.

Ich habe sehr viel von Ihnen gelernt und bin sehr dankbar für Ihre Bemühungen. Ich habe sehr viel von Ihnen gelernt und bin sehr dankbar für Ihre Bemühungen. Ich habe sehr viel von Ihnen gelernt und bin sehr dankbar für Ihre Bemühungen.

München, 24. VI. 1925.

Sehr geehrter Herr College

Samen beim Ansaatverm. wurde von mir seit längerer Zeit wegen seltener Befälle beobachtet, die ich, obwohl ich die natürlich nicht selbst betrachteten Kräfte, Ursache hatte, für epileptisch zu halten. Die Darreichung von Luminol in wechselnden Dosen (0,1-0,2 täglich) sind die Befälle nunmehr seit 3 Jahren ganz ausgeblieben. Ich habe empfohlen die kleine Luminoldosis von 0,1 für den Abend dieses Jahres jeden Tag, von da ab jeden zweiten Tag, etwa $\frac{1}{2}$ Jahr weiter, bis jeden 3. Tag, ebenfalls $\frac{1}{2}$ Jahr lang zu nehmen, falls die Befälle nicht wiederkehren. Dann kann man den

Der Pat. ist offenbar ein angestellter, gemüthlich labiler Psychopath. Es würde mich sehr interessieren, von Ihnen wie sehr dadurch über den Erfolg zu erhalten.

In kollegialer Hochachtung Ihr ganz ergebener

Kraepelin.



MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA
Y BELLAS ARTES

JUNTA PARA AMPLIACIÓN DE ESTUDIOS
E INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

15
25
35
30
3+3
6+3
95

La Comisión Ejecutiva de esta Junta, en sesión celebrada el día 27 de julio último, ha acordado conceder a V. una pensión de 15 días para asistir a las tres reuniones de estudios neuropsiquiátricos que habrán de celebrarse en Viena durante el próximo mes de septiembre, con la asignación de 600 pesetas para viajes y 25 pesetas diarias durante aquel tiempo, debiendo acreditar V. su permanencia en el extranjero mediante certificado de los Agentes consulares de España en Austria.

Lo que comunico a V. para su conocimiento.

Madrid, 3 de agosto de 1927.

El Secretario,

José Carrillo

Sr. D. José M. Sacristán.

Anamnesis de la Familia

Probante (Paciente): Paula Pablo Figueroa

Ingresado el: _____

Los datos proceden de: En su esposo Aquilino Pao

Dirección: 1^a Itabul, 34 Madrid

El referente es el Dr. Sala

Fecha: 1-1-59

I. Datos generales

1. La familia vive en: _____

(Si está en el extranjero, indíquese el país y la población.)

2. La familia es originaria de: huevo de San Andrés (Leporia)

3. Hay un árbol genealógico o crónica—Impreso—(Título y editor*)—Posesión: privada—Puede ser consultado en casa de:—(Subrayar el dato correspondiente y llenar las notas.)

4. Puede proporcionar mayor información: _____

1) _____

2) _____

*) Para los datos de los hermanos de los ascendientes directos, (abuelos, bisabuelos) son precisas otras hojas iguales a ésta, y en ellas se indicarán los datos del ascendiente correspondiente en la misma forma que en el probante. En lugar de probante, por ejemplo, se escribirá padre del probante, madre del probante, etc.

II. Familia estrictamente

(Hermanos o hijos n° 11, 12, etc., ver

		Nombre y Profesión (en las mujeres también el nombre de soltera)	Nacimiento		Falt	
			¿Cuándo? (edad)	¿Dónde? (religión)		
	Padre	Mariano			hacia de 60	
	Madre	Justa			89	
Parecidos entre los cinco años (Si es posible escribir también a diez)	Hermanos y hermanastros (P. C. = Padre común; M. C. = Madre común)	1	Bernardo	46		
		2	Felipe	54		
		3	Rogelio	52		
		4	Roberto	51		
		5	Otro 7 hermanos + de pequeños			
		6				
		7				
		8				
		9				
		10				
En los hijos de diferente conyuge añadir la cifra correspondiente (por ejemplo, Chari (II))	Hijos	1	Juanita			9 años
		2	Mex. abniti			
		3				
		4				
		5				
		6				
		7				
		8				
		9				
		10				
Conyuges	1	Agustina Paz	54			
	2					

2, etc., serán descritos en otra hoja igual a esta)

352

III. Personalidades enfermas y personalidades notables

1. A la familia pertenecen las siguientes personalidades notables o que se han distinguido en algo:

(Políticos, Artistas, Sabios, Industriales, Comerciantes, Militares).

(Indicar el grado de parentesco).

2. Criminales, enfermos mentales, psicópatas, etc.

Padre - Estando muy enfermo bastante tiempo. Le daba por estar oculto. Le recorda: físico fuerte. Regresado.

Madre - Buen carácter. Trabajadora. Fuerte. Se fue a la enfermería. Regresó tanto como un hombre.

Una hermana que + pequeña tuvo el baile de San Vito.

Los hermanos son prisioneros firmemente. Lirios. Pudo volver, formal. No son prisioneros. No hay otros miembros.

A. Galant (Los reflejos de la mano)
 Alexander, Marburg y Bruner (Manual de neurología del oído)
 B. Galserfeld (El aumento del cocainismo en Berlín)
 Bechterew (El valor curativo del trabajo mental en los enfermos de neurosis generales)
 Binswanger y E. Siermeling (Manual de Psiquiatría)
 Bisgaard y Norvig (La regulación de la neutralidad en la epilepsia esencial)
 Dannhauser (Proteinoterapia en las enfermedades del sistema nervioso)
 Erlenmeyer (Los primeros auxilios a los enfermos mentales)
 Eskuchen (La punción lumbar)
 Henckel (Estudios sobre la estructura corporal en esquizofrénicos)
 Horstmann (Experiencias sobre la aplicación clínica de la reacción del sublimado de Weichbrodt)
 Jacobsthal (Reacción del carbolid)
 Jahnel (Algo sobre los principios y los nuevos métodos de demostración del espiroqueta en los tejidos, especialmente del sistema nervioso)
 Kafka (Los métodos prácticos de examen de los líquidos del organismo en las enfermedades nerviosas y mentales)
 Kasahara (El líquido cefalo-raquídeo del conejo normal)
 Kherer (Sobre la esencia y causas de la homosexualidad)
 Kirchhoff (Alienistas alemanes)
 Kraepelin (Alcohol y prensa diaria)
 Kraepelin (Introducción a la clínica psiquiátrica)
 Kronfeld (Psicopatología sexual)
 Lafora (Diagnóstico y tratamientos modernos de la neurosífilis)
 Lewandowsky (Neurología práctica para médicos)
 Nonne (Observaciones a la terapéutica infecciosa de la parálisis general progresiva).
 Pereira y Pardo (Tratamiento psico-pedagógico de algunos casos de hebefrenia y catatonía)

Petersen Saunder (Terapéutica de ocupación en los enfermos mentales de Illinois)

R. Allers (Exámenes del metabolismo en la parálisis progresiva)

Rehm (Exámenes del campo visual en enfermos maniaco-melancólicos)

Rehm (La psicosis maniaco-melancólica)

Rinderknecht (Heboides criminales)

S. T. Heidema (Determinaciones del azúcar de la sangre)

Schilder (Psicología médica)

Schmidt-Kraepelin (Sobre la parálisis juvenil)

Schryver (Azúcar de la sangre y esquizofrenia)

Schwarz y Grünwald (Sobre una nueva reacción coloidal del líquido cefalo-raquídeo)

Sioli (El tratamiento de la parálisis progresiva con salvarsán y sulfoxilato)

Spielmeyer (Histopatología del sistema nervioso)

Stransky (Para el capítulo: Malaria y epilepsia)

Stuurman (Determinaciones de la acidez de la orina en enfermos mentales)

Tophoff (Remisiones en la parálisis progresiva)

Voigt (Demencia precoz en la infancia)

W. Jacobi (Ensayos terapéuticos con suero normal humano en enfermos de demencia precoz)

Weygandt (Reconocimiento de las alteraciones mentales. Diagnóstico psiquiátrico)

Recibido de MOBILBAO 25 SEP 1975 RECEPTE		DEPOSITADA MR. SACRISTAN PAILLA S.		CIERRE 25 SEP 1975 A las 11 H.	
Para de a las		en a las		a las	
35014 MOBILBAO 17 25 0/15 FELICIDAD PRESIDENTE UNANIMIDAD CONGRESO EXITO SALUDOS • ROLHIGUE / ARIAS					
bui					

Apéndice núm. 13. Telegrama de felicitación enviado por R. Arias.

Note de M. BEERS annexée à la liste des Membres
européens du Comité International d'Hygiène mentale

La présente liste des Membres du Comité international d'Hygiène mentale semble donner une représentation inégale dans le Comité international aux divers pays qui y figurent. La raison pour laquelle certains pays ont moins de représentants que d'autres est le fait que dans ces pays les groupements d'hygiène mentale n'ont pas suggéré de noms à ajouter à la liste des membres du Comité international. Mais comme chaque pays vote en tant qu'unité aux réunions du Comité international, il importe peu qu'un pays soit représenté par un nombre plus ou moins grand de membres. Nous aimerions cependant, qu'un plus grand nombre de membres soient nommés dans chaque pays par les groupements d'hygiène mentale des différents pays, dès que cela conviendra aux intéressés.

LISTE DES MEMBRES EUROPEENS
DU COMITE INTERNATIONAL D'HYGIENE MENTALE

- ALLEMAGNE** - Dr. Gustav KOLB - Heilanstalt - KRIEGEREN (Bavière)
 Dr. Hans ROELKE - Asile d'aliénés - ILLERAT bei ASHERN (Bade)
 Prof. Dr. RUDIN - Kraepelinstrasse, 9 - MUNICHEN N. 83
 Dr. Hermann SIMON - GIESSEN
 Prof. R. SCHMIDT - GIESSEN
 Pr. Dr. WEIGANDT - Staatskrankenanstalt Friedrichsberg - HAMBURG 22
- AUTRICHE** - Prof. Dr. J. BIERER - Belinskagasse, 9 - WIEN I
 Dr. Otto BAUDERS - Lazarettgasse, 14 - WIEN 9
- BELGIQUE** - Dr. Ernst de CRANNE - Université de Bruxelles - BRUXELLES
 Dr. J. HOLLANDER - Université de Louvain - LOUVAIN
 Prof. A. LEY - 9, Avenue Fond-Hoy - Uccle, 3 - BRUXELLES
 Dr. F. SARTO - GHISEL
 Dr. L. VERVAECKE - 58, Rue Verhulst - Uccle - BRUXELLES
- BULGARIE** - Dr. St. PANADJIKOFF - 12, Place Slaveikoff - SOFIA
- DANEMARK** - Dr. V. CHRISTIANSEN - Lilla Strandvej, 18 - HELSINGFORS
 Prof. A. VILBERG - Faculté de Médecine - COPENHAGUE
- ESPAGNE** - Dr. W. LOPEZ ALBO - Asile de Zaldivar, Alameda de Urquijo, 22 -
 BILBAO
 Dr. E. Rodriguez ARIAS - Rambla de Cataluña, 47 - BARCELONE
 Don Santiago RAMON Y CAJAL - Calle Embajadores, 41 - MADRID
 Dr. Jose GERMÁN - Calle Embajadores, 41 - MADRID
 Dr. Gonzalo LAFORA - Lope de Vega, 55 - MADRID
 Dr. Emilio MIRA - Instituto de Orientación Profesional - BARCELONE
 Dr. Gimeno RIERA - BARCELONE
 Dr. Jose M. SACRISTÁN - Hospital de Cienfuegos - MADRID
- ESTONIE** - Prof. Dr. L. PUUSELT - Karlova, 30 - TARTU
- FINLANDE** - Dr. E. ANTIEN - Lapinlahti Hospital - HELSINGFORS
 Général G. MANNERHEIM - Ligue pour l'Enfance - HELSINGFORS
 Dr. Sven E. MONNEN - Hospital Nymby - HELSINGFORS
 Dr. le Baron E. HISINGEN-JYGERSKIOLD - HELSINGFORS
 Dr. Heino LAGUS - Mänttär 33 - Gayantvågen - HELSINGFORS
 Mre. Karin HENRIKSSON - Hospital Maria - HELSINGFORS

Apéndice núm. 15. Lista de los miembros del Comité internacional de Higiene Mental.
 Aparece Sacristán entre los españoles. Pág. 2 de 2.

UNIVERSIDAD CENTRAL

6.º junio

Enseñanza NO OFICIAL

Curso de 1937 a 1938

Asignatura de Endocrinología

Sacristán Gutiérrez

D. José Hipólito

Natural de Madrid

Provincia de Madrid

Nacido el 3 de abril de 1907

Con tarjeta n.º expedida el

por el Patronato Universitario de Madrid.

Há quedado matriculado en esta Facultad en la asignatura arriba expresada, pudiendo presentarse a examen ante el Tribunal, con esta papelera, el resguardo definitivo de matrícula y la Carta de identidad.

Madrid, 14 de Mayo de 1938

El Capitán-Secretario

Los calificados de los exámenes, a la vez.

Sección de Endocrinología

1937

1938

UNIVERSIDAD CENTRAL

6.º junio

Enseñanza NO OFICIAL

Curso de 1937 a 1938

Asignatura de Histología

Sacristán Gutiérrez

D. José Hipólito

Natural de Madrid

Provincia de Madrid

Nacido el 3 de abril de 1907

Con tarjeta n.º expedida el

por el Patronato Universitario de Madrid.

Há quedado matriculado en esta Facultad en la asignatura arriba expresada, pudiendo presentarse a examen ante el Tribunal, con esta papelera, el resguardo definitivo de matrícula y la Carta de identidad.

Madrid, 14 de Mayo de 1938

El Capitán-Secretario

Los calificados de los exámenes, a la vez.

Sección de Histología

1937

1938

Apéndice núm. 16. Matrícula de los cursos de doctorado. Pág. 1 de 2.

360

UNIVERSIDAD CENTRAL

E. A. Ferrero

Enseñanza NO OFICIAL Curso de 1937 a 1938 H.

Asignatura de Antropología

Lacortín, Enrique
Dn. Jorge Chonguel
Natural de Madrid
Provincia de no

Nacido el 2 de abril 1907

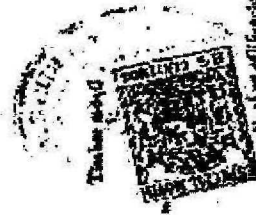
Con tarjeta n.º expedida al
por el Patronato Universitario de Madrid.

Ha quedado matriculado en esta Facultad en la asignatura
arriba expresada, pudiendo presentarse a examen ante el Tri-
bunal, con esta papelería, el resguardo definitivo de matrícula
y la Carta de identidad.

Madrid, 11 de Mayo de 1938 H.

El Catedrático-Secretario

Marín



Este documento es válido para la inscripción de los alumnos a la enseñanza.

Medicina Experimental, Anatomía y Fisiología, y las otras ciencias.

UNIVERSIDAD CENTRAL

E. A. Ferrero

Enseñanza NO OFICIAL Curso de 1937 a 1938 H.

Asignatura de Parasitología

Lacortín, Enrique
Dn. Jorge Chonguel
Natural de Madrid
Provincia de no

Nacido el 2 de abril de 1907

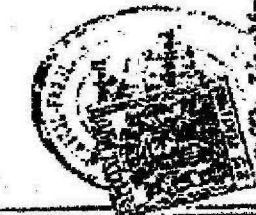
Con tarjeta n.º expedida al
por el Patronato Universitario de Madrid.

Ha quedado matriculado en esta Facultad en la asignatura
arriba expresada, pudiendo presentarse a examen ante el Tri-
bunal, con esta papelería, el resguardo definitivo de matrícula
y la Carta de identidad.

Madrid, 11 de Mayo de 1938 H.

El Catedrático-Secretario

Marín



Este documento es válido para la inscripción de los alumnos a la enseñanza.

Medicina Experimental, Anatomía y Fisiología, y las otras ciencias.

SR. PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE OPOSICIONES A LA PLAZA DE MEDICO
ESPECIALIZADO EN NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA DE LA BENEFICENCIA PRO-
VINCIAL DE MADRID

Sr. Presidente:

Con objeto de alcanzar en la exposici6n de mi juicio acerca de la capacidad y competencia demostrada por los dos opositores, Dn. Gonzalo Rodriguez Lafora y Dn. Jos6 Maria de Villaverde y Larrar, en el curso de las oposiciones a la plaza de medico especializado en Neurologia y Psiquiatria de la Beneficencia Provincial Madrid, la m6xima objetividad y precisi6n posibles, considero indispensable dar mi opini6n por escrito. De este modo, adem6s, mis palabras no podr6n prestarse a err6neas interpretaciones y constar6n literalmente en el acta correspondiente a la sesi6n de hoy, favor que encarecidamente ruego al Sr. Presidente, me conceda.

El hecho de figurar como miembro del Tribunal de estas oposiciones, cargo que ^{por} ~~en~~ ning6n motivo he pretendido, aunque se debe, no se si por acierto o error de los organizadores del Tribunal, a mi calidad de especialista en la materia objeto de la oposici6n y me sit6a en una situaci6n de gravisima responsabilidad, no solo ante mi propia conciencia y ante mis compa6eros de especialidad, sino ante la historia de la neuro-psiquiatria en Espa6a, por cuya dignidad y seriedad cientifica ^{debo velar} ~~debo velar~~ con todo celo e inter6s. Ello me obliga a intentar mantenerme dentro de la mayor objetividad posible, sin perder ni un solo instante la misi6n que como juez de esta oposiciones me ha sido encomendada por mi calidad, vuelvo a repetir, de t6cnico en la materia. Yo no pretendo ^{adscribirme} ~~adscribirme~~ ^{autoridad} ~~autoridad~~, ni trato tampoco de influir en el juicio de los se6os, sino tan solo exponer con toda la fidelidad que me ^{debo} ~~debo~~ poseer el resultado de ^{mi} ~~mi~~ actuaci6n.

En primer t6rmino, debo hacer constar que, en modo alguno pue-
do ^{admitir} ~~admitir~~ la reiterada apreciaci6n de ^{algunos} ~~algunos~~ de los miembros de

este tribunal de equiparar el valor científico de la personalidad de los dos opositores, ^{que le conduca} ~~basta~~ al extremo de ^{una tesis} ~~haberse~~ inhibición para optar por uno u otro de los dos candidatos. ^{Esta} ~~Esta~~ apreciación, reiteradamente manifestada, me ha obligado, no ha dudar del criterio formado por mí a lo largo de los años de vida profesional respecto de los dos candidatos y últimamente ratificado en los ejercicios de las oposiciones, sino a someter, los ejercicios escritos de los opositores a una meditada lectura y cuidadoso análisis ~~antes de todo el día de ayer y parte de la noche del último sábado.~~ De este modo, privados los ejercicios de la influencia accesoría del tono afectivo mas o menos brillante impuesto a la lectura por los propios candidatos, puede ser mas fría y serenamente juzgado su contenido. Claro es, que el técnico no suele ser tan fácilmente influido por tales factores como el profano y le es dado, a pesar de ellos, apreciar y valorar con relativa exactitud el contenido de tal clase de trabajos. Acuértase, que yo no pretendo en modo alguno situar a cada uno de los dos opositores en los extremos de una escala, todo lo contrario. ~~Es~~ y me interesa hacerlo constar así, que ambos constituyen dos valores muy altos en la especialidad de neurología y psiquiatría; pero, entre ellos existen tan diferencias, no de matiz ni tan pequeñas que sea preciso recurrir para su medida a métodos excepcionalmente sutiles, sino apreciables a simple vista para todo aquel que tenga alguna cultura psiquiátrica y neurológica, modernas.

En el primer ejercicio, lectura de la memoria relativa al curriculum vitae, resumen de la vida científica de los candidatos, basta tan solo una ojeada para percatarse de la superioridad de la labor del Dr. Lafora, expresada en los trabajos, parte de los cuales, mas de sesenta, dedicados al estudio de problemas clínicos neurológicos y psiquiátricos tanto de índole meramente práctica como teórica. Ya desde estudiante se entregó el Dr. Lafora, con vocación evidente, al estudio de la neurobiología. Antes, sin terminar aún la carrera es nombrado Académico correspondiente de la Academia de Medicina por un trabajo acerca de la hematología ^{Curia} en ~~psiquiatría~~. A partir de este instante el Dr. Lafora no cesó en su actividad de investigador y rara ha sido el año que no haya aparecido alguna contribución suya ^{original} ~~original~~ sobre algún problema de la especialidad.

De su labor como pensionado en Alemania y Francia, merced al buen nombre dejado en los laboratorios donde trabajó, muy especialmente en el laboratorio del Prof. Alzheimer en la clínica de Kraepelin y merced a sus trabajos, fué llamado a ocupar la vacante del análogo de Achúcarro en Washington, que desempeñó durante dos años y medio. Es de advertir que la plaza desempeñada por Lafora se hallaba en íntima correspondencia con las clínicas y su labor no se reducía a la del histólogo, sino ^{fundada} a la del clínico. Basta ojear el boletín publicado en el Manicomio Federal de Washington, para percatarse de la intensa labor realizada por el Dr. Lafora. El año 1930 tuve ocasión de visitar dicho establecimiento y la labor de Lafora quedaba aún tan viva, que numerosos médicos del mismo, me preguntaban por Lafora con gran respeto y admiración; médicos muy jóvenes que no ^{lo} conocieron personalmente. No voy a enumerar uno por uno los trabajos de Lafora; pero una veintena de ellos le colocan en el primer rango de los neurologos españoles. Sus trabajos dedicados ^{de} a terapéutica de las enfermedades nerviosas y mentales (parálisis general y esquizofrenia principalmente) hereditan en el Dr. Lafora un interés constante por este tema hoy tan discutido y no hay obra moderna de psiquiatría - basta leer el índice de autores del ^{reciente} gran manual de psiquiatría de Bumke para convencerse de ello - que no aprecie y analice su labor de investigador clínico con la justicia que merece. Por otra parte los trabajos de anatomía patológica de Lafora son igualmente conocidos y citados en todas partes, especialmente en ~~Alemania~~ y le han valido dirigir una sección especial del Instituto Cajal, el laboratorio de fisiología cerebral, y en plena actividad y eficiencia científica. No hay que olvidar y es preciso hacerlo constar aquí, subrayándolo debidamente, que el Dr. Lafora es uno de los psiquiatras españoles que mas ha contribuido y contribuye a la reforma de la asistencia a los enfermos psíquicos en España no solo ^{en} por sus trabajos profesionales, sino en la prensa diaria. En la segunda parte de su trabajo se hace, con arreglo a lo exigido en las bases de estas oposiciones, una síntesis excelente de su criterio personal acerca de la asistencia psiquiátrica que expresa un criterio moderno muy meditado acerca de lo que debe ser la asiste

tencia psiquiátrica y no consecuencia de la obligación momentánea impuesta por las bases de las oposiciones. Y ello es fácil de comprobar leyendo la serie de ^{consecuentes} trabajos del Dr. Lafora correspondientes. En ella se hallan ya todos sus pensamientos, los cuales han sido siempre admitidos en cuantas reuniones españolas se han celebrado a este efecto, como las de la Liga Española de Higiene Mental. No creo preciso detenerme más en esta parte de los ejercicios de Lafora. Tan solo añadiré que suscribo totalmente las palabras del Dr. Larrañón en su discurso de contestación al del Dr. Lafora el día del ingreso de este en la Academia Nacional de Medicina.

La labor del Dr. Villaverde es evidentemente meritoria y sus trabajos anatómicos realizados en ~~el~~ laboratorio del ^{y Lafora} Prof. Konakow excelente y dignos de todos los elogios. Su actividad en este sentido tan solo merece elogios. Pero, desgraciadamente, toda su actividad clínica, en lo que a psiquiatría se refiere es positivamente inferior a la del Dr. Lafora. Lo mejor de ella es lo referente a neurología; pero en lo que a psiquiatría se refiere es predominantemente una labor de crítica negativa. Yo no voy a intentar determinar las causas de ello. No sé si el hecho de que el Dr. Villaverde no haya hecho vida clínica psiquiátrica, desde su salida de Suiza, y se haya limitado a hacer ^{una labor meramente de consultorio} es causa de la pobreza cuantitativa y cualitativa de sus aportaciones psiquiátricas; pero el caso es que comparada la totalidad ^{de la labor científica} de ambos candidatos sobresale enormemente la labor científica del Dr. Lafora sobre la del Dr. Villaverde. Esto es evidente, a pesar de la extensa memoria redactada por el Dr. Villaverde, en la cual no se ha limitado a la crítica de la propia labor, sino que ha intentado con discutible acierto hacer una historia de cada uno de los temas que ha tratado. Esto, bien se ve de ver en la segunda parte de la memoria dedicada a la exposición del concepto personal del candidato respecto de la asistencia psiquiátrica. En ella no hay un atisbo de originalidad y es un farragoso ensayo histórico crítico acerca de la eugenia, tomado del libro de Ritterhagen del Tamburini y del de Roemer, Kolb y Palt-hauser. Se extiende en consideraciones, incluso sobre lo que se hace en Australia y nada dice de todos cuanto últimamente se hace en nuestro país. Así p.ej. dice en tono dogmático que las estadísticas de enfermos psiquiátricos deben hacer se con arreglo a la clasificación de Kraepelin.

desconociendo que en España desde hace mas de dos años se ha organizado en la Dirección de Sanidad ~~para~~ un servicio estadístico psiquiátrico basado en la clasificación de Kraepelin, el cual cuenta ya con total labor correspondiente al año 1932, y no a tanto tiempo, ya que de ^{de aquella} clasificación para estadísticas psiquiátricas hablaban los intentos de simplificación mas recientes realizados en Alemania, en el Instituto de Investigaciones psiquiátricas de Munich. Lo que en esta parte del ejercicio se pedía era el criterio personal acerca de lo que es preciso y conveniente hacer con el enfermo mental; esto es, una ~~sintesis~~ crítica y no una serie de consideraciones eruditas. Este es el espíritu de la cuestión pedida en las bases de la oposición y yo que he sido el ^{calificador} ~~redactor~~ de ella ~~al~~ ~~comité~~ pensaba en la forma personal que cada opositor propusiera y en modo alguno en la historia o evolución de la psiquiatría. Para ello había en el programa una lección dedicada al efecto. Vuelvo a repetir que al tratar de establecer estas diferencias entre ambos candidatos, que considero fundamentales, no pretendo menospreciar ni rebajar el valor de la labor científica del Dr. Villaverde. No terminaré el análisis de este ejercicio sin recordar que en nuestras sesiones preparatorias de la forma de las oposiciones - si la memoria no me es infiel - la mayoría de los miembros del tribunal concedió una máxima importancia a la personalidad científica del opositor y la adscribió una alta significación. Ninguno de los candidatos es un desconocido; pero, aún siendo muy valiosa la personalidad del Dr. Villaverde, es por todos motivos muy inferior a la del Dr. Lafora. El hecho de intentar adscribir a ambas un valor idéntico, juzgándolas a lo largo de toda su actuación, es total y absolutamente indemisible. No se puede, sin más, rebajar en su valor a una de las figuras mas destacadas de la neurología y psiquiatría españolas sin caer dentro de la mas ~~atrocísima~~ injusticia.

El segundo ejercicio merece un detenido análisis. El tema que tocó en suerte a los opositores fué "La psicopatología de las esquizofrenias". Este tema constituye uno de los problemas de mayor interés de la psiquiatría moderna. El Dr. Lafora enfocó la cuestión con absoluta exactitud y dándose cuenta perfecta de lo que se trataba. No así el Dr. Villaverde que se limitó a hacer una enumeración de la sintomatología psíquica de la enfermedad. El Dr. Lafora hizo un estudio acabad del estado actual acerca de la psicología de la esquizofrenia, dando en él preferencia a las ideas

de Berze y Grubbe, formuladas el año 1929 en su libro *Psychologie der Schizophrenie*. El Dr. Lafora se preocupa constantemente en su trabajo de alcanzar un orden en las diferencias establecidas por los varios autores entre síntomas primarios esquizofrénicos y secundarios y establece las diferencias pertinentes relativas al modo de diferenciación de la alteración fundamental del pensamiento esquizofrénico en las fases procesales y en los estadios esquizofrénicos postprocesales con defecto y se detiene en la exposición de la teoría psicológica de la esquizofrenia, tratando de dar una idea de conjunto de lo esencial de la personalidad esquizofrénica. En la sintomatología psíquica de la esquizofrenia es preciso e indispensable hoy analizar la parte relativa al proceso y la parte relativa al defecto esquizofrénico postprocesal. El problema es este, determinar lo uno y lo otro. Esta diferenciación no tiene un valor meramente teórico, sino práctico, ya que condiciona no solo el pronóstico sino el modo del tratamiento. Este es punto a discutir en el tema y no a la enumeración de los síntomas. A lo primero se accede de un modo positivo y ~~seguro~~ preciso el Dr. Käfka. Las ideas de Berze y Grubbe, hoy punto esencial de la cuestión quedan sin discutir en el trabajo del Dr. Villaverde y solo de pasada cita el reciente libro de Carl Schneider, cuya crítica toma de Ewald, en los *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, dedicado al estado de la psicología de las esquizofrenias. Es pues evidente que el trabajo del Dr. Lafora enfoca la cuestión como es debido y la trata desde un punto de vista moderno, demostrando estar totalmente enterado de ella. No así el Sr. Villaverde que en su descripción de los síntomas utiliza la descripción clásica de Eululer sin entrar ni un solo momento en el tema. Podría objetarse que el Dr. Villaverde no conocería la publicación de Berze y Grubbe por tratarse de una publicación moderna; pero debo advertir que tiene ya cuatro años de existencia y constituye el núcleo de las investigaciones modernas acerca de la psicología, como dicen algunos o de la psicopatología de la esquizofrenia.

En el tercer ejercicio, correspondiente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de un caso previa exploración, es preciso, que señalemos el modo de exploración de los candidatos y separadamente la manera de exponer y ~~manejar~~ resolver el problema clínico implícito en el enfermo

que los tocó en suerte. Debido a esto, todos los manuales de ^{elementales} psiquiatría así lo indican que el psiquiatra debe abstenerse totalmente de emplear preguntas sugestivas, ni interrogar de un modo impositivo. Esto es un grave error que tiene graves consecuencias e inducentes a potivos errores. Yo no creo haber sido solo el unico que durante la exploración del enfermo correspondiente al tercer ejercicio por el Dr. Villaverde se ha percatado de la forma de su modo de exploración, la cual casi de lleno en los errores que acabo de apuntar; explicación desordenada y en la cual, repetidamente, el candidato empleaba un lenguaje inadecuado para la cultura del enfermo. El Dr. Lafora procedía con método y como hoy es usual en todas las clínicas psiquiátricas, quizás algo precipitado, a veces, impuesto por el tiempo y por la situación de alta tensión nerviosa que acompaña al opositor. Es posible, que por este mismo motivo el candidato Dr. Villaverde cayera en los errores arriba apuntados. La aplicación por el Dr. Villaverde del método de Rorschach fué; francamente deplorable y demostró a todas luces que desconocía el método. Esto en si no tiene mayor importancia si se tratara de un método de valor secundario; pero hoy el psicodiagnóstico de Rorschach constituye una prueba a la que se da mas significación e importancia y es ya usual en muchas clínicas. El Dr. Villaverde se contentaba con una respuesta rápida por cada lámina, arrancando esta de las manos del enfermo y haciendo consideraciones en alta voz acerca del tipo de respuesta, con rapidas absolutamente contraindicadas en el método, el cual precisa una previa explicación de los que se pretende de la persona en la cual se aplica el método y que exige por lo menos mas de dos respuestas ^{permitido} por lámina. La valoración del método fué totalmente inadmisibile, no estableció el porcentaje de respuestas, ni el tipo de asociación y de vivencia del sujeto, ni el tiempo de reacción. Y a pesar de ello, afirma el Dr. Villaverde que "una vez más el método no nos ha ~~proporcionado~~ ^{permitido} descubrir ciertas vivencias o complejos con carga emotiva grande". Yo no puedo explicarme como así, en un par de renglones se intente desacreditar un método, que exige para su debida empleo una experiencia enorme en un gran numero de casos, en centenares de casos. Se hubiese limitado al Dr. Villaverde a dar cuenta de su exploración sin citar para nada el psicodiagnóstico y ello no me hubiera extrañado, ni lo hubiera valorado en me-

nos, pero una vez decidido a aplicar el método debía haberlo aplicado correctamente. Por el contrario el Dr. Lafora al aplicar el psicodiagnóstico de Rorschach en su enfermo lo hace dentro de las normas exigidas por su autor. La exploración del Dr. Lafora es evidentemente correcta y la aplicación de los tests no puede ser reprochada de defectuosa. El Dr. Lafora hizo una historia clínica muy completa dando en ella un gran valor, como hoy se hace en todas partes, a la genealogía del enfermo y a su caracterología, a la personalidad prepsicótica y a la exploración de la estructura somática. Su diagnóstico de psicosis mixta está perfectamente fundamentado. El Dr. Villaverde que hace consideraciones caracterológicas acerca del enfermo que le tocó en suerte valiéndose de los resultados obtenidos por un interrogatorio imperfecto y sugestivo e incluso llega por los rasgos atléticos observados en el enfermo, el enfermo no es un tipo atlético puro pues en él hay innegables rasgos pícnicos, a establecer correlaciones entre su pretendido hábito atlético y ciertas particularidades esquizotímicas, que supongo existen en el paciente. Los datos que para esta última apreciación utiliza son escasísimos y de todo puntos inaceptables, dando un punto de vista rigurosamente científico. El diagnóstico de litigomano, es, verosíblemente exacto, pero en mi sentir, no sitúa este síntoma, esencial en el cuadro clínico, en su debido lugar y se pierde en consideraciones teóricas acerca de la paranoia, olvidando, en todo su trabajo no se cita, las reacciones paranoicas de este tipo observables en las personalidades psicopáticas, en cuyo grupo pudiera ser adscrito el enfermo. Del mismo modo llama la atención que en el trabajo del Dr. Villaverde no se cita uno de los trabajos fundamentales modernos acerca del Querulantenwahn, debido a Radoke, el cual constituye un modo especial de interpretar este síntoma, de gran significación clínica. En suma, el tercer ejercicio permite, igualmente establecer diferencias en ambos candidatos, diferencias que inclinan la balanza de un modo evidente, no solo por el modo de explorar el caso, sino, muy principalmente, por la objetividad de la valoración de los síntomas. El Dr. Villaverde elude el examen médico del caso no se a causa de que fundamentos. Para el entendido en clínica psiquiátrica salta a la vista la positiva diferencia en el modo y técnica de hacer clínica psiquiátrica de los dos candidatos de mayor rigor científico la del Dr. Lafora.

El cuarto ejercicio correspondiente a la redacción de un informe médico forense psiquiátrico fué resuelto por los dos candidatos de un modo correcto, aunque la falta de tiempo impidió al Dr. Lafora extenderse en las consideraciones médico legales del caso. El estudio clínico de este fué perfecto y en el tan solo puede serle reprochado la brevedad de las consideraciones medicolegales por el motivo apuntado. El hecho de que el Dr. Villaverde se olvidara de las conclusiones no puede ser valorado de un modo negativo, porque el candidato ha publicado, entre sus trabajos figuran, algunos informes psiquiátricos que pueden ser considerados como modelo en su género. La complejidad del caso exigía agotar todos los medios de exploración psiquiátrica para llegar al diagnóstico, ya que en internamientos anteriores la paciente fué diagnosticada de maniaco-depresiva y de paranoico-parafrenica; diagnósticos que el Dr. Lafora corrigió de un modo correctísimo, con objeto de poner en evidencia, que se trataba de un caso de esquizofrenia paranoide con deterioro psíquico evidente, cuyo grave pronóstico de incurabilidad hacía innecesaria, en cierto modo, una disección médico-legal extensa. Pese a todo otro criterio el psiquiatra está obligado a demostrar de un modo objetivo la estructura sintomatológica del caso cuya etiología psíquica estudia para que el médico forense en el cual ha de delegar el juez, como es usual, pueda confirmar fácilmente sus afirmaciones o denegarlas.

El ejercicio del Dr. Villaverde, fué por su forma, en mi sentir el mejor de los realizados por este opositor; pero él no quiere decir que sea superior al del Dr. Lafora y en modo alguno se halla libre de objeciones. La descripción de las alteraciones motoras del caso son perfectas; pero el examen mental es evidentemente deficiente. Claro es que el candidato tenía que luchar contra la alteración de la articulación del lenguaje del enfermo, lo que retrasaba enormemente la exploración; pero aún así el Dr. Villaverde bien pudo tratar de investigar en el propio enfermo algo relativo a sus antecedentes, ya que hacia el diagnóstico de Corea de Huntington, enfermedad como es bien sabido, cuyo mecanismo hereditario es de carácter dominante. Se limita a hacer este diagnóstico sin intentar un diagnóstico diferencial con otras formas de corea, por ejemplo la corea senil y a pesar de que para fundamentar su diagnóstico de síndrome orgánico señala las características anatómicas de la corea de Huntington, olvida, ya que la finalidad de su informe se dirige a ilustrar a los magistrados.

advertir que en la cortea de Huntington no es infrecuente observar delitos de sangre, actos criminales, como consta en la extensa ~~historia~~ ^{historia} ~~de~~ ^{de} ~~los~~ ^{de} ~~que~~ ^{de} ~~acuerda~~ ^{de} de los problemas civiles y penales que plantea esta enfermedad existe. Los accesos de irritabilidad de este enfermo señalados por el Dr. Villaverde no son valorados en relación con el acto original, ni tampoco la ya descrita en todos los manuales indiferencia del ~~acto~~ ^{activa} de Huntington, expresada de un modo evidente en la conducta del caso en la clínica. La segunda parte de su trabajo holgaba totalmente ya que en ella no hay idea original alguna acerca de la conducta del perito ante los tribunales, sino repetición de lugares comunes, de cosas ya sabidas por todos. Su afirmación de que el perito j. más hablará de responsabilidad en su informe, es cierta, pero no hay hoy nadie que se haya acordado a un tribunal como perito psiquiatra que la ignore.

En suma no solo por cuanto antecede, que es tan solo una muestra de las diferencias que entre ambos opositores existen, sino por otras muchas, que hubieran alargado excesivamente este escrito, considero que la personalidad del Dr. Lafora ^{resulta} ~~se manifiesta~~ positivamente sobre la del Dr. Villaverde y ^{en vista de esto} ~~hago~~ constar aquí, que mi voto es para Dn. Gonzalo Rodríguez Lafora, honra de la ~~Neurologia~~ ^{Neurologia} y ~~psiquiatria~~ ^{psiquiatria} española. Ello no quiere decir - tengase muy presente - que al hacer esta afirmación pretendo menoscabar la personalidad científica del Dr. Villaverde a quien considero ~~una~~ ^{una} ~~figura~~ ^{figura} de primer rango de la Medicina nacional.

Madrid 22 de octubre de 1933

SOCIEDAD DE CURSOS Y CONFERENCIAS
DE MÁLAGA

PASADO Y PRESENTE DE LA
ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

CONFERENCIA, CON NUMEROSAS PROYECCIONES
DE

JOSÉ M. SACRISTÁN

«Unter der Gestalt menschlichen
Nieders, auf die unser Jahrhundert stolz
sein kann, nimmt die Entwicklung der
Irrenfürsorge eine besondere Stelle ein».

H. Kraepelin (1900)

SÁBADO, 20 DE FEBRERO DE 1982

A LAS SIETE DE LA TARDE

En el Salón de la Sociedad de Ciencias

Apéndice núm. 18. Portada del díptico de presentación de la
conferencia.

El Dr. J. M. Soeristán representa uno de nuestros más altos valores en la Psiquiatría española contemporánea. Discípulo predilecto de D. Nicolás de Achúcarro, cuyas inspiraciones supo seguir, colaboró con él en varios trabajos de investigación sobre la estructura normal y patológica del sistema nervioso. Más tarde, en Alemania, con Kraepelin, y con los discípulos de éste, Allers sobre todo, trabajó en el laboratorio de química biológica de la clínica psiquiátrica de Jülich, publicando una memoria fundamental sobre el metabolismo en la epilepsia esencial.

A su vuelta a España, continúa sus trabajos de investigación, clínica y de laboratorio. Es nombrado director del Manicomio de Mujeres de Cuernavaca y Jefe de Sección del Laboratorio de investigaciones del Profesor Negrin, de la Junta para ampliación de estudios. En 1927 funda con Luján y Ortega Gasset la revista «Archivos de Neurobiología» en la que puede decirse que se condensa la obra científica de los neurólogos y psiquiatras españoles. A su esfuerzo personal se debe en gran parte el interés que empieza a despertarse en nuestro país por la humanización de la asistencia a los enfermos mentales. Su labor en este sentido ha sido constante y tenaz tanto en la prensa profesional como diaria. A él se debe la idea de la creación en España de un Consejo Superior de Psiquiatría, ya lanzada por él hace más de diez años y no lograda hasta pocos meses ha.

Como investigador, tiene hechas numerosas publicaciones en revistas nacionales y extranjeras. Ha publicado también dos volúmenes, uno «Figura y carácter» en que se ocupa por primera vez entre nosotros de los problemas de Constitución en Psiquiatría, y otro «Sobre el Diagnóstico diferencial entre Esquizofrenia y Psicosis maniaco-depresiva» en que aborda tan trascendental problema de forma magistral.

No obstante su juventud, ha formado ya una verdadera escuela en cuyos discípulos inculta los principios de escrupulosidad y rigorismo científico que da autenticidad a toda su obra.

Esta conferencia—preciza advertir—no es un ensayo erudito ni una exposición de curiosidades, rarezas y anécdotas. Se intenta en ella—en forma casi esquemática—describir la transformación que a lo largo de la Historia ha sufrido la asistencia social y técnica al enfermo psíquico.

Ceremoniales mágicos y religiosos, calabozos, refinada tortura, castigos corporales, arbitrariedades terapéuticas, caracterizan la infancia de la asistencia al enfermo psíquico.

A principios del pasado siglo, unos hombres abnegados y humanitarios—Pinel, Corrois, Chiarugi, Moren—libertan al loco de sus cadenas y martirios. La psiquiatría práctica nace merced a una reacción sentimental.

Hasta muy entrado el siglo XIX no puede hablarse de psiquiatría científica. Por aquel entonces el estudio del enfermo psíquico se adscribe a las tareas universitarias. Desde este momento la psiquiatría teórica y práctica progresan con ritmo creciente. Su campo de acción se extiende. El psiquiatra no se limita ya al

estudio y cuidados de un reducido grupo de enfermos —idiotas, dementes profundos—, requiere el sutil mecanismo de los más finos matices caracterológicos normales y morbosos de la personalidad humana. Se crea la psicopatología. La psiquiatría práctica instituye con éxito nuevas formas de asistencia. Las indicaciones de la reclusión se limitan. Merced a la terapéutica por el trabajo, el hospital psiquiátrico sufre una transformación radical. La asistencia extramanicomial reduce a un mínimo insospechado el contingente de enfermos de los manicomios. Se inicia, asistido del entusiasmo universal, el movimiento llamado de Higiene Psíquica, nacido en Norteamérica, merced al esfuerzo de un ex enfermo psíquico: Clifford W. Beers, autor del curioso libro autobiográfico *A Mind that found itself*.

España queda por desgracia, a la zaga del progreso psiquiátrico. No obstante, gracias a la tenaz labor de las generaciones más jóvenes de psiquiatras, nuestra asistencia, lentamente, se transforma. El Estado comienza a interesarse por estas cuestiones y se proyectan radicales reformas de próxima realización.

Apéndice núm. 18. Última pág.



PEQUEÑO ESQUEMA ESTADÍSTICO DE KRAEPELIN

	Hombres	Mujeres	TOTAL
I. Alteraciones mentales en los traumatismos cerebrales (I, a, b, c).....			
II. — — — en otros procesos orgánicos cerebrales (II, a-e).....			
III. — — — en las intoxicaciones:			
1. Alcohólico (III, A, 1, a-b).....			
2. Morfinismo, etc. (III, A, 2, a, b).....			
3. Otras intoxicaciones exógenas (III, A, 3, a, b, y 4, a, b, c).....			
4. Intoxicaciones endógenas (III, B, 1, a-b).....			
5. Enfermedades disadenósicas, especialmente enfermedades de Basedow, cretinismo (III, B, 2, a, 1, 2, 3, b, 1-5).....			
IV. Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas (IV, 1-3).....			
V. 1. Sífilis cerebral (incluidas las psicosis tabéticas) (V, 1, a-f, y 3).....			
2. Parálisis progresiva (V, 2, a-g).....			
VI. 1. Arteriosclerosis (VI, 1, a-d).....			
2. Alteraciones mentales seniles y preseniles (VI, 2, a-c, 3, a-d).....			
VII. Epilepsia esencial (VII).....			
VIII. Esquizofrenias (VIII, A, 1-8, B, 1-3).....			
IX. 1. Psicosis maniaco-depresiva (IX, 1, a-d).....			
2. Psicosis maniaco-depresiva (IX, 2, a-c).....			
X. Psicopatías (incluidas las personalidades hístericas) (X, a-o).....			
XI. Reacciones psicógenas (incluidas sus reacciones hístericas) (XI, A, a-b, B, a, b, C, a-f).....			
XII. Paranoia (XII, a-d).....			
XIII. Oligofrenias (XIII, 1, a-c, 2, 3).....			
XIV. Casos oscuros (XIV).....			
TOTALES.....			

EL MÉDICO-DIRECTOR,

Para unificar la labor estadística psiquiátrica se adopta el sistema de Kraepelin. El primer esquema consta de XIV grupos principales y entre paréntesis se indican con números y letras los grupos y subgrupos correspondientes al gran esquema más detallado y al cual se recurrirá en los casos de duda. Al pequeño esquema se adaptarán todos los establecimientos psiquiátricos, sirviéndoles el gran esquema como complemento y guía del primero. Todo establecimiento psiquiátrico está obligado a enviar a fin de año su cómputo estadístico a la sección.

GRAN ESQUEMA ESTADÍSTICO DE KRAEPELIN

	Varones	Mujeres	Total
I.—Alteraciones mentales en los traumatismos cerebrales:			
a) Delirio traumático.....			
b) Epilepsia traumática.....			
c) Defectos psíquicos traumáticos.....			
II.—Alteraciones psíquicas en otras encefalopatías orgánicas:			
a) Tumores, abscesos, cisticercosis.....			
b) Esclerosis lobar y esclerosis múltiple.....			
c) Enfermedades germinales: Corea de Huntington, esclerosis tuberosa, idiocia amaurotica, enfermedad de Merzbacher, enfermedad de Wilson, pseudoesclerosis.....			
d) Encefalitis (incluida la encefalitis epidémica, hidrocefalia).....			
e) Insolación.....			
III.—Alteraciones mentales en las intoxicaciones:			
A) INTOXICACIONES EXÓGENAS:			
1.—Alcoholismo:			
a) Embriaguez.....			
b) Embriaguez agitada.....			
c) Alcoholismo.....			
d) Delirio de celos alcohólico.....			
e) Delirium tremens.....			
f) Alucinosis alcohólica.....			
g) Psicosis de Korsakow.....			
h) Epilepsia alcohólica.....			
2.—Intoxicaciones crónicas por los alcaloides:			
a) Morfinismo, opiofagia, codeinismo, heroínismo, dioninismo.....			
b) Cocaínismo (con y sin morfinismo).....			
3.—Otras intoxicaciones crónicas:			
a) Intoxicaciones con cloroformo, petróleo, bencina, hidrato de cloral, paraldeído, bromo, trioxal, veronal, ploma, mercurio, sulfuro de carbono, haschisch, etc.....			
b) Ergotismo, pelagra, beri-beri (con síntomas mentales).....			
4.—Intoxicaciones agudas:			
a) Gases: óxido de carbono, gas del alumbrado, óxido nítrico, ácido sulfídrico, etc.....			
b) Medicamentos: atropina, iodoformo, quinina, ácido silícico, tropacocaina, etc.....			
c) Otros tóxicos: hongos, anilina, binitrotoluenol, toluídina, etc.....			
B) INTOXICACIONES ENDOGENAS:			
1.—Por productos del recambio nutritivo:			
a) Delirio urémico.....			
b) Delirio eclámpico.....			
c) Psicosis en la diabetes.....			
d) Delirio en la colemia (ictericia grave).....			
e) Delirio en los trastornos circulatorios.....			
f) Delirio en las esquizias (carcinoma, anemias graves, etc.).....			
g) Asfixia por el calor.....			
h) Delirios por el hambre y por la sed, delirios por colapso (neumonía, erisipela).....			
2.—Intoxicaciones endocrinas (enfermedades disadenoidicas):			
a) Psicosis tirogenas:			
1) Enfermedad de Basedow.....			
2) Mixedema.....			
3) Cretinismo.....			
b) Debilidad mental en enfermedades:			
1) De la hipófisis (gigantismo, distrofia, adiposogenital, nanismo).....			
2) De la epífisis (macrogonitosomía precoz, obesidad).....			
3) De las cápsulas suprarrenales (pseudohermatroditismo, enfermedad de Addison).....			
4) De las glándulas sexuales (eunucoidismo, gigantismo, virilidad).....			
5) Del timo (idiopata tímica, estado limbo-linfático).....			
6) Insuficiencias pluriglandulares.....			

	Varones	Mujeres	TOTAL
IV.—Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas (tifus, viruela, poliartrosis, neumonía, influenza, correa, fiebre intermitente, malaria, sepsis, tisis, typhus, lepra, tripanosomiasis).....			
1. Delirio febril e infeccioso.....			
2. Estados confusionales (después de enfermedades infecciosas, amnesia).....			
3. Estados de debilidad infecciosos.....			
V.—SÍFILIS.....			
1.— <i>Sífilis cerebral:</i>			
a) Neurastenia sífilítica.....			
b) Pseudoparálisis sífilítica (cuadros clínicos análogos a los de la parálisis).....			
c) Lues cerebral apoplética (debilidad mental sífilítica simple con parálisis).....			
d) Epilepsia sífilítica.....			
e) Formas paranoides.....			
f) Sífilis congénita (parálisis cerebral infantil, debilidad mental).....			
2.— <i>Parálisis general progresiva:</i>			
a) Demencia.....			
b) Depresiva.....			
c) Expansiva.....			
d) Formas agitada y galopante.....			
e) Taboparálisis.....			
f) Formas atípicas (Lissauer).....			
g) Parálisis juvenil.....			
3.— <i>Psicosis tuberculosas:</i>			
VI.—Procesos arterioescleróticos y de regresión.....			
1.— <i>Arterioesclerosis:</i>			
a) Debilidad mental arterioesclerótica.....			
b) Encefalitis subcortical (diagnóstico anatómico).....			
c) Epilepsia tardía.....			
d) Debilidad mental apoplética.....			
2.— <i>Procesos seniles:</i>			
a) Formas perniciosas (enfermedades de la edad de la regresión que conducen rápidamente a la muerte con lesiones anatómicas características).....			
b) Formas catónicas (catatonía tardía).....			
c) Formas paranoides (en tanto no presentan síntomas esquizofrénicos).....			
3.— <i>Psicosis seniles:</i>			
a) Demencia senil.....			
b) Presbifrenia.....			
c) Enfermedad de Alzheimer.....			
d) Delirio de persecución senil.....			
VII.—Epilepsia genuina (imbecilidad epiléptica, demencia epiléptica, estados crepusculares, ataksias epilépticas).....			
VIII.—Esquizofrenias.....			
A) DEMENCIA PRECOZ.....			
a) Forma simple.....			
b) Demencia precoz (en la edad infantil).....			
c) Hebefrenia.....			
d) Formas depresiva y estuporosa.....			
e) Formas circular y agitada.....			
f) Catatonía.....			
g) Demencia paranoide.....			
h) Confusión del lenguaje.....			
B) PARAFRENIAS.....			
a) Sistemática.....			
b) Expansiva.....			
c) Confabulatoria.....			
d) Fantástica.....			
IX.—Psicosis maniaco depresiva.....			
A) PREDISPOSICIÓN M. D.:.....			
1) Predisposición irritable.....			

	Antes	Después	Total
2) Predisposición maniaca.....			
3) — depresiva.....			
4) — ciclotímica.....			
B) PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA:			
a) Manía.....			
b) Melancolía.....			
c) Estados mixtos.....			
X.—Psicopatías (incluidas las personalidades histéricas):			
a) Nerviosos.....			
b) Neurosis obsesivas.....			
c) Excitables (con y sin rasgos histéricos).....			
d) Inestables (con y sin rasgos histéricos).....			
e) Débiles de voluntad (con y sin rasgos histéricos).....			
f) Impulsivos (aumento de los impulsos normales). Epilepsia afectiva.....			
g) Impulsivos patológicos.....			
h) Perversos sexuales (homosexuales, sadistas, masoquistas, fetichistas, exhibicionistas).....			
i) Discutidores.....			
j) Confusionarios.....			
k) Mentirosos.....			
l) Personalidades histéricas (carácter histérico, histeria degenerativa).....			
m) Camorristas.....			
n) Asociales.....			
XI.—Reacciones psicógenas (incluidas todas las reacciones histéricas):			
A) PSICOSIS Y NEUROSIS DE SITUACIÓN:			
a) Depresión psicógena (causa externa).....			
b) Locura inducida.....			
c) Psicosis de prisión de origen psicógeno (delirio de inocencia, de indulto, litigantes de prisión).....			
d) Psicosis de espanto (estados confusionales pasajeros a causa de impresiones muy fuertes).....			
e) Neurosis de guerra (actitud de rechazo ante el servicio en el frente).....			
f) Neurosis traumáticas (actitud de repulsa ante la vuelta al trabajo).....			
g) Neurosis de renta.....			
h) Delirio de los litigantes.....			
B) ESTADOS NERVIOSOS:			
a) Agotamiento nervioso (por exceso de trabajo y emociones).....			
b) Neurosis de angustia.....			
C) REACCIONES HISTÉRICAS:			
a) Histerias del desarrollo (en la edad juvenil).....			
b) Hist. alcohólicas.....			
c) Hist. traumáticas.....			
d) Estados espasmodicos histéricos.....			
e) Estados espasmodicos de Ganser.....			
f) Estupor histérico de prisión.....			
XII.—Paranoia.			
a) Personalidades paranoicas.....			
b) Formas atenuadas y abortivas de la paranoia.....			
c) Deb. de persecución de los sordos.....			
d) Paranoia clásica (delirio de persecución, de celos, de descendencia, de grandezas, religioso, de los inventores, crónico).....			
XIII.—Oligofrenias.			
1.—Grados diferentes:			
a) Idiocia.....			
b) Imbecilidad.....			
c) Debilidad.....			
2.—Mongolismo.....			
3.—Infantilismo.....			
XIV.—Casos obacuros.			

6.
1

ORDEN
1250/1950

DECRETO SOBRE LA APLICACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE
ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA FIJADO POR LEY DE

Cumple a este Ministerio, de acuerdo con lo preceptuado
en el artículo 44, de la Ley de sobre
asistencia psiquiátrica, dictar las normas prácticas que habrán
de ser tenidas en cuenta para la debida interpretación de cuanto
en ella ha sido estipulado. A tales fines, este Ministerio ha
dispuesto aprobar el adjunto Reglamento de la asistencia psi-
quiátrica nacional.

De orden ministerial lo digo a V.E. para su conocimiento
y debida efectos.

Madrid, de de

REGLAMENTO DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA NACIONAL

ARTÍCULO PRIMERO - Al iniciar todo proyecto de nueva construc-
ción o reforma de establecimiento psiquiátrico, habrá de tener-
se, de acuerdo con la clasificación de enfermos y división de
la asistencia que fija la Ley de , las
circunstancias siguientes:

- a) que el Dispensario de Higiene Mental, dado el tipo de tra-
tamiento fundamentalmente profiláctico que en él habrá de
llevarse a cabo, no presida sino un número de camas muy li-
mitado, ó a 18 ó lo sumo, y que muchas veces incluso podría
preexistir de ellas manteniendo una estrecha relación con
el Hospital psiquiátrico y con el departamento psiquiátrico
de urgencia donde exista.

- b) Que el Hospital psiquiátrico, debido a la corta estancia de los enfermos, le bastará tener un número de camas correspondiente a la octava parte aproximadamente, del número de ingresos anuales.
- c) Que la Colonia tendrá que contar con la máxima hospitalización, ya que todos los enfermos tendrán que residir constantemente en ella, aunque parte de ellos disfruten de la asistencia extramural en ambiente heterofamiliar.

ARTICULO SEGUNDO. En cada Capital de provincia y de acuerdo con lo que estipula el artículo 5º del Decreto de tres de julio de 1931, habrá un Dispensario de Higiene Mental que, con colaboración con los diversos Centros psicotónicos, psiquiátricos, y neurológicos de la región asegure el "diagnóstico precoz" de las enfermedades mentales la "asistencia especializada" desde el comienzo del proceso, puntos estos de capital importancia en el campo de la Higiene Mental.

Asegurado este primero y fundamental aspecto de la asistencia psiquiátrica, el Dispensario facilitará por sus relaciones con los diversos centros hospitalarios de la región el tratamiento adecuado en cada caso al mismo tiempo que el tratamiento ambulatorio de los casos leves en su propio consultorio.

Complemento de esta labor de distribución y asistencia de enfermos que permite el "diagnóstico precoz", será en todo Dispensario la asistencia y vigilancia post-manicomial de los enfermos mentales de la provincia, estableciéndose a través del Dispensario la relación pertinente entre el enfermo y su familia y el establecimiento psiquiátrico en el cual recibió asistencia. Para esta interesante e importante labor de la asistencia post-manicomial se utilizarán los servicios de los Institutos y Centros de Higiene, en la forma que proceda en cada caso, así como, de acuerdo con la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública y según fija el Decreto de 3 de julio de 1931, la colaboración de un grupo de personas interesadas en estos asuntos, que, constituido en Patronato provincial de Asistencia Social Psiquiátrica, se preocupará de facilitar la readaptación profesional, familiar y social de los enfermos visitándoles, proporcionándoles colocación, así como procurando establecer en colaboración

con el Delegado de la Liga Española de Higiene Mental de la región, una Caja de Socorro para enfermos mentales que permita auxiliar a estos tanto a la salida como durante la permanencia en el establecimiento psiquiátrico, si el caso así lo requiriese.

ARTICULO TERCERO - El segundo elemento de la asistencia psiquiátrica, el Hospital psiquiátrico, constituye la célula activa de toda organización. En él ingresarán los enfermos seleccionados por el Dispensario para ser sometidos al tratamiento adecuado en cada caso. Como Centro de terapéutica activa y asistencia especializada, requiere condiciones excepcionales y una organización que permita la máxima vigilancia y el tratamiento especializado e intensivo en cada caso. La importancia de la misión del Hospital psiquiátrico, dentro de la organización de la asistencia exige que su capacidad sea muy seriamente estudiada, ya que habrá de calcularse, no solo con relación al número de admisiones, sino también al tiempo de permanencia de los enfermos en este servicio y, además, aunque esto se calcule en unos siete u ocho meses habrá que tener en cuenta que el tiempo de permanencia de los enfermos en el Hospital psiquiátrico es el que habrá de utilizarse para los peritajes forenses y exploraciones y tratamientos especiales; de aquí la necesidad de instalación, organización, vigilancia y asistencia apuntadas.

Por ello y dada las condiciones de este tipo de servicio se adaptará su instalación a las bases siguientes:

- 1ª - Situación urbana (facilidad para el traslado de enfermos y comodidad de la asistencia).
- 2ª - Capacidad estudiada con arreglo al número de admisiones al tiempo de permanencia (psicosis mas frecuentes, tipos de tratamientos y demás) y a las indicaciones antes enunciadas.
- 3ª - Dotación médica en servicio activo (un médico por cada veinticin-

- se enfermos y un médico interno por cada ciento cincuenta).
- 4ª - Dotación de practicantes psiquiátricos (uno por cada cincuenta enfermos) especificándose en los proyectos de organización y Reglamentos el número de internos en relación con las condiciones del servicio.
 - 5ª - Dotación de enfermeros psiquiátricos (uno por cada diez enfermos) marcándose igualmente en los Reglamentos y proyectos de organización el número de internos en relación con las necesidades de la asistencia.
 - 6ª - Dotación de personal subalterno necesaria para asegurar la eficacia del servicio.
 - 7ª - Los Hospitales psiquiátricos en las ciudades universitarias, para asegurar aun más la asistencia y facilitar por otro lado las prácticas de los estudiantes, tendrán cierto número de plazas de alumnos con arreglo a su capacidad (en proporción de una por cada veinte enfermos) que se cubrirán por concurso entre los que hayan cursado la psiquiatría en la Facultad competente.
 - 8ª - Los Hospitales psiquiátricos para que su labor sea rápida y eficaz dispondrán de todos los medios auxiliares de diagnóstico y de todos los elementos terapéuticos que la psiquiatría moderna exige.
 - 9ª - Las necesidades de asistencia aconsejan que en estos hospitales se habilite una Sección especial separada del resto del servicio para los enfermos neuróticos.
 - 10 - Igualmente habrán de poseer estos hospitales salas de supra-vigilancia (con dos^a nueve camas como máximo) cerca de los baños permanentes, que reemplazarán a las antiguas celdas y que servirán, no solo para los casos de agitación al ingreso sino también para las curas especiales (paludización, sueño prolongado y otras).
 - 11 - La organización funcional permitirá el traslado sucesivo de los enfer-

mos de un servicio a otro, según la marcha del proceso en sentido favorable o desfavorable, con objeto de que a medida que la recuperación se presente los enfermos ^{se} encuentren en ambientes cada vez mas favorables, que impidan la presentación de síntomas secundarios y favorezcan por el contrario el contacto con el ambiente y la curación total. Hay que tener en cuenta en efecto, que gran número de enfermos pueden y deben ser tratados exclusivamente en el Hospital psiquiátrico y conservados por tanto en él hasta su curación o remisión, sin necesidad de pasar a la Colonia. Otros, en cambio, por la ineficacia del tratamiento o por la condición especial del proceso podrán ser trasladados a la Colonia psiquiátrica sin gran inconveniente procurando mientras este traslado se realiza segregarlos progresivamente de las salas de enfermos en tratamiento, manteniéndolos hasta el momento de la partida en un departamento especial.

De todo ello se deduce que los traslados a la Colonia deben hacerse casi individualmente de acuerdo con las indicaciones de la asistencia y no con un criterio administrativo "en masa" como hasta ahora ha venido haciéndose.

- 12 - Poseeran también los Hospitales psiquiátricos, en el caso de que este servicio no estuviese asegurado, por el Dispensario de Higiene Mental, un departamento de urgencia con personal especializado y medios pertinentes (ambulancia entre otros) que permitan la separación del ambiente familiar y traslado inmediato de todo enfermo en estado de excitación o peligrosidad, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 12 del Decreto de 3 de julio de 1931. La necesidad e importancia de este servicio de urgencia para traslado de enfermos en evitación de graves accidentes, condiciona la obligatoriedad de su instalación en cada capital de mas de treinta mil

habitantes, bien sea en el mismo hospital psiquiátrico, bien en el Dispensario de Higiene Mental.

Todas estas indicaciones generales y las que la práctica aconseje en cada caso, harán del Hospital psiquiátrico, célula viva de la asistencia, un Centro del mayor interés e importancia.

Complementará la selección de enfermos iniciada en el Dispensario, no limitándose al criterio antiepidemiológico usual de los actuales departamentos de observación, sino sometiendo cada caso a un estudio cuidadoso para intentar su curación o mejora y evitar así el peso a la Colonia.

ARTICULO CUARTO - El tercer elemento de la asistencia lo constituirá la Colonia Agrícola psiquiátrica, cuya misión fundamental será recoger los enfermos crónicos enviados por el Hospital psiquiátrico y organizarlos la vida dentro del ambiente de la Colonia, con arreglo a las modernas tendencias de la terapéutica de ocupación, de tan beneficiosos efectos, no solo para el curso del proceso mental, sino también para la conservación del equilibrio fisiológico de los enfermos, y al mismo tiempo establecer fuera de la Colonia y en colaboración con las autoridades locales y vecindario la asistencia extramural en ambiente heterofamiliar para los casos en los cuales este tipo de tratamiento está indicado.

Complemento obligado de la asistencia psiquiátrica, la Colonia exige condiciones especiales de instalación y de organización que es necesario tener en cuenta en cada caso.

Ante todo, dado el tipo de enfermos que ha de albergar y el género de vida especial a que han de ser sometidos, precisa que

que el emplazamiento de la Colonia se haga en ambiente rural que los edificios sean de tipo cómodo, agradable, propicios para la larga convivencia de los enfermos y que una amplia zona agrícola con todos sus elementos y granja circunde estos edificios y permita la vida al aire libre y la ocupación de un gran número de enfermos.

Respecto a la organización en sí, se tendrá en cuenta cuanto se ha dicho y escrito ya sobre la terapéutica de ocupación y se procurará que la totalidad de enfermos ~~se~~ encuentre siempre medios de trabajar, ya agrícolas, ya en talleres auxiliares, no olvidándose nunca que el trabajo en cada caso representa un medio terapéutico y no una actividad para la industrialización de la Colonia.

Aparte de las condiciones funcionales que se desprenden de la utilización de cada servicio y de las de local, habrá que tener en cuenta:

- 1ª - La capacidad debe estar en relación con el número de enfermos del Hospital psiquiátrico con el cual la Colonia esté en relación y consecuentemente, con el número de traslados que se efectúen; en los casos de Colonias interprovinciales, habrá de tener en cuenta el mismo principio en relación con el número de hospitales psiquiátricos que con la Colonia estén en relación.
- 2ª - Número de médicos. Debe estar en una proporción de uno por cada cien enfermos.
- 3ª - Número de practicantes psiquiátricos. Uno por cada cien enfermos.
- 4ª - Número de enfermeros psiquiátricos. Uno por cada veinte enfermos.

5º. - Número de sirvientes. En proporción con las necesidades del servicio.

6º. - Para el mejor estudio de los casos y la posible confección de Archivos completos de los enfermos mentales asistidos, los Médicos Directores de las colonias remitirán semestralmente una note detallada con el estado de todo enfermo que el Hospital psiquiátrico lo haya solicitado para que sea unida a la carpeta del enfermo.

ARTICULO QUINTO - Al Estado corresponderá pues:

a) la instalación y sostenimiento de los Dispensarios de Higiene Mental.

b) la construcción e instalación de las Colonias Psiquiátricas para adultos y para menores que la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública juzgue necesarias en el desarrollo progresivo de este plan nacional en la forma alternativa siguiente:

- 1 - Sufragando todos los gastos.
- 2 - Aportando solo la mitad del presupuesto total cuya otra mitad correrá a cargo de las Diputaciones que en forma mancomunada y nunca en número menor de cuatro, acometan la instalación de este tipo de establecimientos.
- c) el sostenimiento de estas colonias en la forma siguiente:

- 1 - En las colonias totalmente instaladas por el Estado sufragando todos los gastos, pero recibiendo de las Diputaciones una cuota por enfermo que, en cada caso, fijará la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública y nunca será inferior a cuatro pesetas.
- 2 - En las colonias instaladas con una mancomunidad de Diputaciones, sufragando solo la nómina de personal técnico y sanitario (médicos, practicantes psiquiátricos y enfermeros psiquiátricos) quedando a cargo de la Diputación todos los demás gastos de sostenimiento.

ARTICULO SEXTO - Para asegurar el desarrollo progresivo de este "plan nacional" se considera ampliado el artículo 3º del Decreto de 3 de julio de 1951 en el sentido siguiente: "Artículo tercero - a) la construcción y organización técnica de todo establecimiento oficial (Estado, provincia o Municipio) así como todo proyecto de reforma adaptación y reorganización de la asistencia psiquiátrica provincial en cualquiera de sus aspectos debe someterse a la aprobación del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, previo informe de la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección general de Sanidad y aprobación del Consejo Nacional de Sanidad.

Son condiciones indispensables para el funcionamiento de todo establecimiento de esta naturaleza:

- 1ª - Que el proyecto se adapte, según los casos y por entero, a uno de los tres elementos fundamentales de la asistencia psiquiátrica, antes descritos; Dispensario de Higiene Mental, Hospital psiquiátrico o Clínica de Ciudad y Colonia Agrícola Psiquiátrica, fijándose perfectamente en cada caso su relación con los restantes.
- 2ª - Que dicho proyecto en período de boceto sea remitido al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión para su debido estudio, con objeto de que las reformas que se sugieran sean fácilmente tenidas en cuenta para el proyecto definitivo y no dificulten la labor de los arquitectos.
- 3ª - Que toda sección dedicada a la asistencia de enfermos agudos o crónicos en estado de agitación se halle dotada de una instalación de baños permanentes.
- 4ª - ^{que} El cálculo de plazas del establecimiento se haga con arre-

glo al índice de población de la provincia, teniendo en cuenta un porcentaje de enfermos de un dos y medio por mil, distribuidos en los tres elementos antedichos.

- 5ª - Prohibido el empleo de medios físicos coercitivos (camisas de fuerza, ligaduras y demás) y no empleándose más que excepcionalmente las celdas de aislamiento, es preciso disponer en todo proyecto de salas de supervigilancia de dos a nueve camas para los enfermos agitados.
- 6ª - Obtenida la aprobación del Ministerio se realizará el proyecto definitivo que será remitido por duplicado al mismo para que en ellos figure el sello y aprobación, conservándose archivado uno de los dos ejemplares en la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia y devolviéndose el original para que se proceda a la construcción reforma o adaptación.
- 7ª - Realizadas estas, se comunicará de oficio su terminación para que el Inspector provincial de Sanidad, por delegación, emita informe sobre los extremos que por el Ministerio quedan apuntados y sobre las condiciones sanitarias.
- 8ª - Remitido este informe al Ministerio, se unirá al expediente procediéndose a la licencia de apertura.
- 9ª - Realizados estos trámites el médico director del establecimiento oficiará al Inspector provincial comunicándole la fecha de apertura de los servicios. La Inspección provincial comunicará a su vez este dato al Ministerio para que por la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental se incluya al nuevo establecimiento en la lista oficial de servicios con sus características, capacidad, nombre del médico director, nombre

de la Corporación oficial propietaria, nombre del administrador, número y nombre de médicos y número de practicantes, enfermeros y sirvientes a los fines administrativos y estadísticos que proceda.- b) La construcción y organización técnica de todo establecimiento psiquiátrico particular así como todo proyecto de reforma o adaptación, debe someterse a la aprobación del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión previo informe de la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental y aprobación del Consejo Nacional de Sanidad.

Son condiciones indispensables para el funcionamiento de todo establecimiento de esta naturaleza:

- 1ª - Que el proyecto total con todos los datos técnicos y sanitarios que proceda, sea remitido por duplicado al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión para su estudio, rectificación o aprobación como corresponda.
- 2ª - Que toda Sección dedicada a la asistencia de enfermos agudos o crónicos en estado de agitación se halle dotada de una instalación de baños permanentes.
- 3ª - Que en ningún caso y sin orden explícita del médico se utilicen medios físicos coercitivos (camisas de fuerza, ligaduras, etc.)
- 4ª - Que se estipule si el establecimiento tiene carácter abierto, cerrado o mixto.
- 5ª - Que conste la necesidad de servicio permanente por médicos internos.
- 6ª - Obtenida la aprobación del Ministerio, se devolverá un ejemplar firmado y sellado, para que se proceda a la construcción reforma o adaptación, conservándose el otro en la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Subsecretaría de Sani-

dad y Asistencia Pública.

- 7ª - Realizadas las obras, se comunicará de oficio su terminación para que el Inspector Provincial de Sanidad, por Delegación, emita informe sobre los extremos que por el Ministerio fueron apuntados y sobre las condiciones sanitarias.
- 8ª - Remitido este informe al Ministerio, se unirá al expediente, procediéndose a la licencia de apertura.
- 9ª - Realizados estos trámites, el médico director del establecimiento oficiará al Inspector provincial comunicándole la fecha de apertura de los servicios. La Inspección provincial comunicará a su vez este dato al Ministerio para que por la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental se incluya al nuevo establecimiento en la lista oficial de servicios con sus características, capacidad, nombre del médico director, nombre del propietario, nombre del administrador, número y nombre de médicos y número de practicantes, enfermeros y sirvientes a los fines administrativos y estadísticos que proceda.

ARTICULO SEPTIMO - A las Diputaciones provinciales compete:

- a) la instalación y sostenimiento total de un servicio activo de psiquiatría (hospital psiquiátrico o clínica de ciudad) en la capital de la provincia de acuerdo con lo estipulado en la presente Ley.
- b) el sostenimiento de los enfermos que se envían a las colonias psiquiátricas de adultos y de menores del Estado mediante una cuota que fijará, en cada caso, la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública y que nunca será inferior a cinco pesetas.

Esta cuota se hará efectiva de acuerdo con lo estipulado en la Ley de Bases de 24 de abril de 1934.

- c) el sostenimiento total de las colonias de carácter interprovincial que no pertenezcan al Estado.

ARTICULO OCTAVO - Todo el personal que preste servicio en estos centros ingresará mediante una prueba de suficiencia con arreglo a su categoría;

- a) el personal médico, de acuerdo con el Reglamento de 10 de octubre de 1933, publicado en la gaceta del 14 del mismo mes y año.
- b) los practicantes psiquiátricos y enfermeros psiquiátricos de acuerdo con la orden de 16 de mayo de 1932 (Gaceta del 20) modificada por las de 19 de julio y 30 de julio de 1932.
- c) el personal administrativo con arreglo a las norm

vigentes, será designado en cada caso por la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública a propuesta de la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental.

- d) el personal subalterno mediante las pruebas selectivas de suficiencia que estime el Director del Establecimiento, con arreglo a las normas establecidas.



MINISTERIO DE JUSTICIA
DIRECCIÓN GENERAL
DE
PRISIONES

Con esta Orden, el Excmo. Sr. Ministro de Justicia, ha condecorado la Orden siguiente:

«Elmo. Sr.: El Reglamento orgánico de los Servicios de Prisiones, de fecha 14 de noviembre de 1933, ha sido objeto desde su vigencia de numerosas variaciones y precisaría sufrir muchas más para adaptarlo a los principios de humanidad que sujeta la República y ponerlo de acuerdo con las modernas corrientes penales. Entendiéndolo así, este Ministerio encomendó por Orden de 11 de Abril del año actual la confección de un nuevo Reglamento a una Comisión de funcionarios de esa Dirección general y del Cuerpo de Prisiones.

La promulgación de la Ley de vagos por una parte y el considerar que las normas nuevas a que debe sujetarse el régimen de prisiones no pueden ser dadas por una Comisión como la citada, a pesar de la angustiosa preparación que poseen cuantos funcionarios fueron a ella adscritos, sino que interesa oír la opinión autorizada de médicos psiquiatras, de especialistas en orientación profesional y de penalistas imbuidos del nuevo espíritu que vive en las modernas escuelas, obligan a reconstituir la Comisión citada de modo que a la percepción de sus componentes, no pueda escaparse aspecto alguno de los tantos y tan complejos que han de tenerse en cuenta al confeccionar un Reglamento como el que nos ocupa.

Entendiéndolo así, este Ministerio ha acordado que se constituya una Comisión formada por los señores a continuación enumerados, que procedan al estudio urgente y a la redacción más rápidamente posible de un proyecto de

nuevo reglamento penitenciario.

Dicha Comisión estará presidida por el Director general de Prisiones y constituida por los donos señores siguientes :

Doña Victoria Kanté Diano, Abogada y ex-directora general de Prisiones; y Don Luis Jirón de Asúa como penalistas.

Don Manuel Ruiz-Maya, ex-director general de Prisiones y Don José Miguel Sacristan y Gutierrez como psiquiatras.

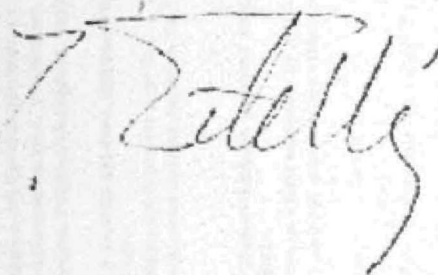
Don José Gervain, Director del Instituto Psicotécnico.

Don Crispulo García de la Barga, Inspector general de Prisiones y Don José Hernandez Martinez, Inspector Central de Prisiones.

Lo que traslado a V.S. para su conocimiento y efectos.

Madrid, 21 de Septiembre de 1933.

El Director general.



D. José Miguel Sacristan y Gutierrez.

Curso de psiquiatría clínica para médicos y legistas

Clinica psiquiátrica del Dr. G. R. Lafora (Hospital Provincial).

LUNES, MIÉRCOLES, VIERNES Y SÁBADOS, A LAS NUEVE
DE LA MAÑANA. A PARTIR DEL LUNES 11 DE FEBRERO

AULA DEL LABORATORIO CENTRAL
(HOSPITAL PROVINCIAL)

CONFERENCIAS

1. La psiquiatría clínica y sus tendencias actuales. DR. G. R. LAFORA.
2. Psicología de las psicosis. Evolución y clasificación. Causas adquiridas. DR. G. R. LAFORA.
3. Tratamiento y evolución. La psicología somática en las psicosis. DOCTOR G. R. LAFORA.
4. El concepto de la psicopatología. Conceptos fundamentales. DOCTOR M. PRADOS.
5. Ideas actuales. DR. M. PRADOS.
6. Métodos psicopatológicos de exploración en psicopatología. DR. M. MUSTAMANT.
7. El método de Morel. DR. J. SALAS.
8. Los síntomas típicos de las psicosis. DR. M. L. AYELLO.
9. Las alteraciones humorales en las psicosis y los métodos de investigación. DR. J. SALAS.
10. La psicopatología general del sistema nervioso. DOCTOR P. DEL RIO HORTA.
11. La psicopatología especial de las psicosis. DR. G. R. LAFORA.
12. Psicopatología de las psicosis. DR. E. ESCARDO.
13. Los síntomas de las psicosis. DR. L. VALENCIANO.
14. Psicopatología. Causas y variedades. DR. G. R. LAFORA.
15. Psicopatología. Sistemática. Tratamiento. DR. M. L. AYELLO.
16. Psicopatología. Problemas médico-legales. DR. PASCUAL DEL RONCAL.
17. Psicopatología de los procesos orgánicos del cerebro. DR. L. VALENCIANO.
18. Psicopatología general. Etiología y patogenia. Teoría Meléghien. DOCTOR G. R. LAFORA.
19. Psicopatología general. Sistemática y formas clínicas. Interpretación de los síntomas clínicos. DR. M. OLIVARES.
20. Psicopatología general. Anatomía patológica. DR. P. DEL RIO HORTA.
21. Psicopatología general. Terapéutica y problemas médico-legales. DR. LAFORA.
22. Psicopatología. DR. J. VAQUERO.
23. Psicopatología. DR. E. OLIVARES.
24. Psicopatología exógena e idiopática. Sistemática general. Causas de psicopatología exógena. DR. G. R. LAFORA.
25. Psicopatología exógena en las intoxicaciones. Toxicomanías. DR. L. VALENCIANO.
26. Problemas médico-legales en las psicosis por intoxicación. DR. L. VALENCIANO.
27. Psicopatología exógena en las infecciones. DR. L. VALENCIANO.
28. Psicopatología exógena traumática. DR. E. ESCARDO.
29. Problemas médico-legales en las psicosis traumáticas. DR. E. ESCARDO.
30. Psicopatología epileptica. DR. M. PRADOS.
31. Anatomía patológica de las psicosis epilepticas. DR. M. PRADOS.
32. Psicopatología epileptica. Problemas médico-legales. DR. PASCUAL DEL RONCAL.
33. Psicopatología esquizofrénica. Etiología y patogenia. DR. M. PRADOS.
34. Psicopatología esquizofrénica. Sistemática de síntomas y formas clínicas. DR. VALENCIANO.

35. Psicopatología de la esquizofrenia. DR. G. R. LAFORA.
36. Psicopatología esquizofrénica. Curso y terminación. Terapéutica. DR. L. VALENCIANO.
37. Problemas médico-legales de la esquizofrenia. DR. VALENCIANO.
38. La actividad y concepto actual de las psicosis afectivas. DR. SACRISTÁN.
39. Psicopatología maniaco-depresiva. Etiología y patogenia. DR. J. SACRISTÁN.
40. Psicopatología maniaco-depresiva. Sistemática y formas clínicas típicas. DR. J. SACRISTÁN.
41. Psicopatología maniaco-depresiva. Formas atípicas y patogenia. DR. J. SACRISTÁN.
42. Diferencias diferenciales entre psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia. Psicopatología degenerativa. DR. J. SACRISTÁN.
43. Los problemas médico-legales de la psicosis maniaco-depresiva. DOCTOR J. SACRISTÁN.
44. Formas de evolución y la reacción paranoica. Psicopatología paranoica. DR. M. PRADOS.
45. Los trastornos paranoicos y las psicosis paranoicas. DR. M. PRADOS.
46. Problemas médico-legales de las psicosis paranoicas. DR. M. PRADOS.
47. Psicopatología constitucional. Consideraciones generales y clasificación. DR. E. LLOPE.
48. Psicopatología constitucional. Tipos clínicos. DR. E. LLOPE.
49. Psicopatología constitucional. Problemas médico-legales. DR. E. LLOPE.
50. Psicopatología. Psicología de los sueños. DR. A. GARRA.
51. Psicopatología. Psicología de la sexualidad. DR. A. GARRA.
52. Histerismo. DR. A. GARRA.
53. Neurosis obsesiva. DR. A. GARRA.
54. Perversiones sexuales. DR. A. GARRA.
55. Tratamiento psicoanalítico de las neurosis. DR. A. GARRA.
56. Otros métodos psicoterapéuticos en las neurosis. Problemas médico-legales de las neurosis. DR. J. MOLINA.
57. Psicopatología de la invasión sexual. DR. M. PRADOS.
58. Psicopatología de la sexualidad. DR. M. PRADOS.
59. Psicopatología arterioesclerótica. DR. E. OLIVARES.
60. Anatomía patológica de las psicosis seniles y arterioescleróticas. DOCTOR DEL RIO HORTA.
61. Problemas médico-legales de la invasión sexual. DR. G. R. LAFORA.
62. Introducción a la psicopatología. Principios y conceptos. DR. M. PRADOS.
63. Introducción a la psicopatología. El concepto de enfermedad mental. Psicopatología y psicosis. DR. M. PRADOS.
64. Ideas id. (Continuación) DR. M. PRADOS.
65. Ideas id. (Continuación) DR. M. PRADOS.
66. Etiología y patogenia de las psicosis. Disgenesias. DR. E. ESCARDO.
67. Terapéutica de las psicosis y rehabilitación. DR. L. VALENCIANO.
68. Las tendencias actuales de la psiquiatría clínica. DR. G. R. LAFORA.

Sal. 24. IV
L. 29. II
7.3. II

Miércoles 24. IV
Viernes 26. IV

NOTAS.—Los días libres se darán demostraciones prácticas con enfermos de la Clínica Psiquiátrica de Mujeres del Hospital Provincial.
La inscripción, con derecho a certificación de asistencia, importa 50 pesetas, a beneficio de la Clínica Psiquiátrica, y puede hacerse en esta Clínica todos los días, de 11 a 1.

Dr. Suerstein.

Para que el curso no termine en fecha que coincida se ha acordado que las conferencias sean diurnas.

**CLINICA PSIQUIATRICA
DEL DR. G. R. LAFORA**
- - (HOSPITAL PROVINCIAL) - -

**Curso de
psiquiatría clínica
para
médicos y legistas**

Febrero-Junio de 1936

Curso de psiquiatría clínica para médicos y legistas

Clinica psiquiátrica del Dr. G. R. Lafora (Hospital Provincial).

DIAS... LUNES, MIÉRCOLES, VIERNES Y SABADOS, A LAS NUEVE DE LA MAÑANA. A PARTIR DEL VIERNES 22 DE FEBRERO

LOCAL... AULA DEL LABORATORIO CENTRAL (HOSPITAL PROVINCIAL)

Las conferencias teóricas son públicas. En los días intermedios (martes y jueves) se darán demostraciones prácticas con enfermos de la Clínica Psiquiátrica de Mujeres del Hospital Provincial, desde las nueve a las doce de la mañana, para los que se inscriban especialmente.

La inscripción para asistir a estas demostraciones clínicas y con derecho a certificado de asistencia, importa 50 pesetas (a beneficio de la Clínica), y puede hacerse en esta Clínica todos los días, de 9 a 11. Al terminar las conferencias, se publicarán en un volumen ilustrado con numerosos grabados.

CONFERENCIAS

1. Las tendencias modernas de la psiquiatría clínica. DR. LAFORA
2. La etiología de las psicosis. Morbilidad y disparemia. DR. NIETO.
3. Causas adquiridas de las psicosis. DR. NIETO.
4. Temperamento y carácter. Tipología somática. DR. NIETO.
5. Exploración psicológica en psiquiatría. DR. QERNAIN.
6. El método de Rorschach. DR. SALAS.
7. Síntomas humorales de las psicosis. DR. SALAS.
8. Histopatología general de las psicosis. DR. DEL RIO HORTOGA.
9. Patología y psicopatología de las psicosis. DR. NIETO.
10. Síntomas somáticos. DR. GONZALO.
11. Los síntomas iniciales de las psicosis. DR. VALENCIANO.
12. Oligofrenias. Causas y síntomas. DR. LAFORA.
13. Tratamientos y problemas médico-legales. DR. LAFORA.
14. Fardalia general. Causas y sintomatología. DR. NIETO.
15. Idem. Formas clínicas y lesiones histopatológicas. DR. NIETO.
16. Idem. Tratamientos y problemas médico-legales. DR. NIETO.
17. Psicosis alcohólicas y tóxicas. DR. NIETO.
18. Psicosis exógenas. Síndromes generales. DR. LAFORA.
19. Psicosis exógenas infecciosas. DR. LAFORA.
20. Psicosis exógenas en las intoxicaciones. DR. VALENCIANO.
21. Psicosis exógenas traumáticas. DR. ESCARDO.
22. Problemas médico-legales de las psicosis exógenas. DR. LAFORA.
23. Psicosis de los procesos orgánicos del cerebro (tumores, etc.). DR. J. GONZALO.
24. Psicosis epilépticas. Sintomatología. DR. PRADOS.
25. Lesiones y problemas médico-legales de las psicosis epilépticas. DOCTOR PRADOS.
26. Psicosis esquizofrénicas. Etiología y síntomas. DR. VALENCIANO.
27. Formas clínicas de la esquizofrenia y psicopatología. DOCTOR VALENCIANO.
28. Curso, pronóstico y tratamiento de la esquizofrenia. DR. VALENCIANO.
29. Problemas médico-legales de la esquizofrenia. DR. VALENCIANO.
30. Psicosis maníaco-depresiva. Causas y síntomas. DR. SACRISTÁN.
31. Formas clínicas de la p. maníaco-depresiva. DR. SACRISTÁN.
32. Diagnóstico diferencial y tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva. DR. SACRISTÁN.
33. Problemas médico-legales de la p. maníaco-depresiva. DR. SACRISTÁN.
34. Psicosis paranoicas. Psicopatías paranoicas. DR. PRADOS.
35. Problemas médico-legales de las ps. paranoicas y parafrenias. DOCTOR PRADOS.
36. Personalidades psicopáticas. DR. LÓPEZ.
37. Tipos clínicos de las personalidades psicopáticas. DR. LÓPEZ.
38. Perversiones sexuales. DR. LÓPEZ.
39. Problemas médico-legales de las psicopatas. DR. LÓPEZ.
40. Reacciones psicopáticas y reacciones psicógenas delirantes. DR. LÓPEZ.
41. Reacciones psicógenas depresivas. DR. OLIVARES.
42. Neurosis. Neurastenia e historia. DR. OLIVARES.
43. Idem id. Neuritis obsesiva-compulsiva. DR. OLIVARES.
44. Concepción psicoanalítica de las psicosis. DR. GARCÍA.
45. Psicología de los sueños. DR. GARCÍA.
46. Terapias psicoanalíticas. DR. GARCÍA.
47. Métodos psicoterapéuticos en las psicosis. DR. GARCÍA.
48. Psicosis simétricas de la involución general. DR. GARCÍA.
49. Psicosis seniles y pre-seniles. DR. LAFORA.
50. Psicosis arterioescleróticas. DR. LAFORA.
51. Análisis patológico de las psicosis seniles y arterioescleróticas. DOCTOR LAFORA.
52. Problemas forenses de la senilidad y arterioesclerosis cerebral. DOCTOR LAFORA.
53. Higiene y profilaxis de la psicosis. Dispensarios. DR. ESCARDO.
54. Terapias de las psicosis. Manicomios. DR. VALENCIANO.
55. Laborterapia y psicoterapia. DR. VALENCIANO.
56. Perspectivas de la psiquiatría científica. DR. LAFORA.

HOSPITAL PROVINCIAL

Clínica Psiquiátrica del Dr. Gonzalo R. Lafora

Curso de Psiquiatría (teoría y práctica para médicos y estudiantes)

A partir del día 10 de enero se darán todas las martes y viernes a las siete y media de la tarde, en el aula del Servicio del Dr. Marañón, 32 lecciones.

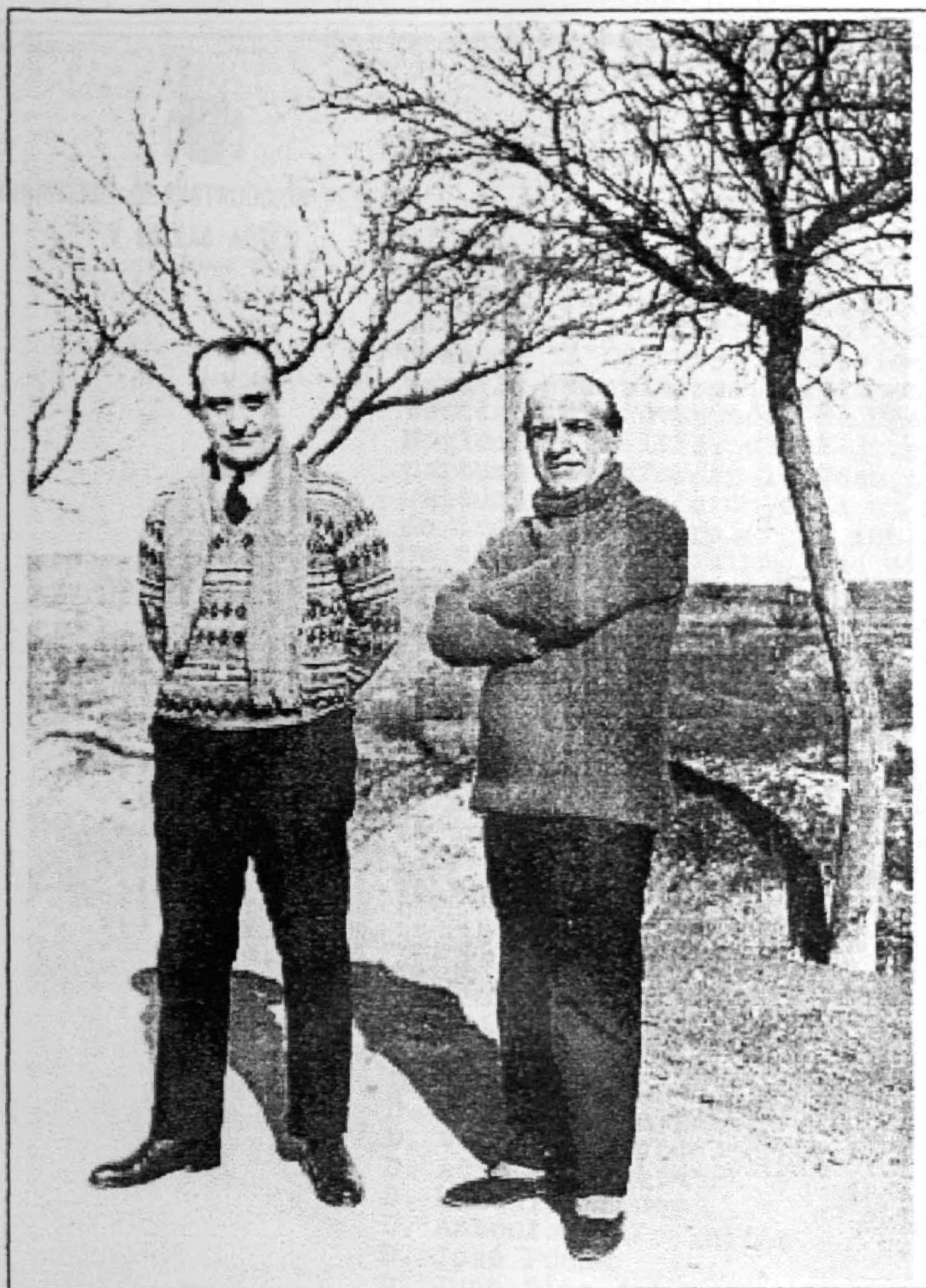
Las inscripciones en la Clínica Psiquiátrica de 10 a 1, hasta el 15 de enero. Derechos de inscripción \$40 pesos; en beneficio de la clínica, El orden de las lecciones será el siguiente:

1. La Psiquiatría clínica y las tendencias actuales (Dr. LAFORA), 16 enero, martes.
2. Etiología de la psicosis. Herencia y disposición (Dr. NIETO), 19 enero, viernes.
3. Causas adquiridas de las psicosis (Dr. ESCOBAR), 23 enero, martes.
4. Métodos de exploración mental (Dr. GERMAIN), 29 enero, viernes.
5. Método de Rorschach (Dr. SALAS), 30 enero, martes.
6. Psicopatología de las sensaciones y percepciones (Dr. LAFORA), 2 febrero, viernes.
- X 7. Perturbaciones de la afectividad. Temperamento y carácter (Dr. SACRISTÁN), 5 febrero, martes.
8. Perturbaciones de la atención, conciencia y personalidad (Dr. NIETO), 9 febrero, viernes.
9. Alteraciones de la memoria y de las asociaciones (Dr. VALBUENA), 13 febrero, martes.
10. Alteraciones de la inteligencia y su exploración. Demencias (Dr. PRADOS), 16 febrero, viernes.
11. Los sistemas endocrínicos y las alteraciones humorales de las psicosis (Dr. LAFORA), 19 febrero, martes.
12. La anatomía patológica de las psicosis (Dr. NIETO), 23 febrero, viernes.
13. Patofisiología de las psicosis (Dr. ESCOBAR), 27 febrero, martes.
- X 14. Psicosis maniaco-depresiva (Dr. SACRISTÁN), 3 marzo, viernes.
15. Etiología y sintomatología de la esquizofrenia (Dr. VALENCIANO), 6 marzo, martes.
16. Psicopatología de la esquizofrenia y terapéutica (Dr. LAFORA), 9 marzo, viernes.
- X 17. Diagnóstico diferencial entre psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia (Dr. SACRISTÁN), 13 marzo, martes.
18. Paranoia y estados afines (Dr. PRADOS), 16 marzo, viernes.
19. Psicosis reactivas (Dr. VALENCIANO), 20 marzo, martes.
20. Psiconeurosis (Dr. GARCÍA), 23 marzo, viernes.
21. Psicopatías constitucionales (Dr. SALAS), 27 marzo, martes.
22. Psicosis epilépticas (Dr. AYUNZ), 30 marzo, viernes.
23. Disofrenias (Dr. LAFORA), 3 abril, martes.
24. Psicosis exógenas o sintomáticas (Dr. LAFORA), 6 abril, viernes.
25. Psicosis de la involución y senilidad (Dr. PUELOS), 10 abril, martes.
26. Psicosis sífilíticas y labéticas (Dr. VALENCIANO), 13 abril, viernes.
27. Parálisis general (Dr. TROYANO), 17 abril, martes.
28. Higiene y profilaxis de las psicosis. Dispensarios (Dr. GERMAIN), 20 abril, viernes.
29. Terapéutica de las psicosis y laborterapia (Dr. VALENCIANO), 24 abril, martes.
30. Psicoterapia y sus diversos métodos (Dr. GARCÍA), 27 abril, viernes.
- X 31. La psiquiatría y las leyes civiles y penales (Dr. SACRISTÁN), 4 mayo, viernes.
32. La psiquiatría futura y sus tendencias o direcciones (Dr. LAFORA), 8 mayo, martes.

Apéndice núm. 24. Programa de uno de los cursos organizado por Lafora.



Apéndice núm. 25. Tertulia de la Revista de Occidente. El primero de la izquierda, de pié, es Tomás Rodríguez Bachiller, sentados de izquierda a derecha están Gerardo Diego, José Ruiz Castillo, Sacristán, Zubiri, Fernando Vela, Ortega, Valentín Andrés Álvarez, Antonio Espina y Benjamín Jarnés. De espalda Ramón Gómez de la Serna.



Apéndice núm. 26. Sacristán y Ortega y Gasset (1925).



MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA
Y BELLAS ARTES

Habiendo pesado las circunstancias que aconsejaron crear en la Casa de la Cultura una residencia para los escritores, artistas e investigadores evacuados de Madrid en Noviembre de 1936, se ha juzgado oportuno transformar la Casa de la Cultura, haciendo de ella un hogar de trabajo cultural, que sea al mismo tiempo un organismo que sirva de ayuda y coordinación a los esfuerzos aislados de los intelectuales momentáneamente apartados de sus actividades normales.

En vista de todo ello, se constituye un Patronato rector de la Casa de la Cultura, que gozará de la más amplia autonomía y recibirá de este Ministerio las subvenciones y apoyo necesario para el mejor desenvolvimiento de su actuación.

Dicho organismo estará constituido en la forma siguiente:

Consejo consultivo:

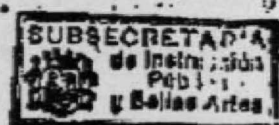
- D. Antonio Machado - Presidente
- D. Jacinto Benavente
- D. Victorio Macho
- D. Aurelio Arteta
- D. Manuel Marquez
- D. Antonio Madinaveitia
- D. José Puche
- D. Juan Díaz del Moral
- D. Arturo Duperier
- D. Enrique Díez Canedo
- D. Dámaso Alonso
- D. Bartolomé Pérez Casas
- D. Pascual Carrión
- D. Miguel Prados Such

Vallelado
C. B.
S. M.

- D. José Bachristan
- D. Corpus Barga
- D. Vicente Beltran
- D. Enrique Rioja
- D. Rafael Albo
- D. Eduardo M. Torner
- D. José Cuatrecasas

Comisión Ejecutiva:

- D. Tomás Navarro Tomás-Vicepresidente
- D. José María Ota
- D. María Zambrano
- D. Manuel Sánchez Arana
- D. Salvador Bacarisse
- D. Arturo Serrano Plaia-Secretario
- D. Manuel Guñon
- D. Emilio C. Nadal



Valencia, 10 de Agosto de 1937

EL SUBSECRETARIO

Ilmo. Sr. Subsecretario de Instrucción Pública.

INFORME ACERCA DE LA INSPECCION DEL MANICONIO PROVINCIAL DE VALENCIA
REALIZADA EL DIA 19 DEL CORRIENTE DE 11 y 1/2 a 1 y 1/2 DE LA MAÑANA
POR EL JEFE INTERINO DE LA SECCION DE PSIQUIATRIA Y HIGIENE MENTAL DE
ESTE MINISTERIO, POR ORDEN DE LA SUPERINTENDENCIA DEL MISMO DIA EN LA MISMA
FECHA.

El Manicomio provincial de Valencia es un Manicomio de tipo asilo
y de estructura anticuada (pocos pabellones de grandes dimensiones) que
alberga en la actualidad 1.113 enfermos de ambos sexos de los que corre-
ponden, 534 a hombres y 579 a mujeres. Esta población manicomial alcanza
esta cifra que excede la cabida normal del Establecimiento a causa de que
en los últimos cinco años el número de ingresos ha sufrido un aumento
progresivo. El exceso actual del número de enfermos no puede calcularse
de un modo exacto porque en la administración de dicho Establecimiento
no pudieron informarnos acerca de su cabida normal. No obstante, y tenien-
do en cuenta el promedio de la población manicomial de años anteriores
(300 a 1000 casos) puede afirmarse que el exceso de enfermos en el mo-
mento actual alcanza la cifra de 113.

El Cuerpo Médico está formado por siete médicos de sección no-bra-
cos por oposición y tres de guardia adscritos al mismo recientemente. Hay
un encargado de la sección farmacéutica.

El número de enfermeros es de 48 para el sexo masculino y 55 para
el femenino, los cuales han recibido recientemente la enseñanza de un
cursillo breve. La conducta de los enfermeros en su actividad profesio-
nal es, según el testimonio de los médicos muy deficiente a causa, funda-
mentalmente de su indisciplina, que motiva continuados y espinosos inci-
dentes con los médicos constituyendo un obstáculo muy difícil de vencer
para la práctica psiquiátrica.

La administración del Establecimiento se lleva a efecto por perso-
nal nombrado por la Diputación provincial de Valencia. Las divergencias en-
tre el administrador y los médicos son extraordinarias, llegando incluso
a situaciones muy penosas y desagradables que a su vez obstaculizan aún

más la actuación médica.

Consecuencia de la deficiente labor de nuestros enfermeros son las frecuentes fugas que en los 10 meses últimos alcanzaron la cifra de 14 en el sexo masculino y 8 en el femenino, según testimonio del propio administrador. La mortalidad del Establecimiento alcanza a partir del mes de julio hasta la fecha, la cifra de 177 en hombre y 91 en mujeres, es decir, un 18,5 por 100. Mortalidad muy superior a las cifras de otros establecimientos similares que no sobrepasan de ordinario el 8 por 100. La tuberculosis pulmonar e intestinal es, según el testimonio de los médicos, muy frecuente y el Establecimiento no cuenta con una sección especial dedicada a este tipo de enfermos, los cuales son asintóticos cuando su estado lo requiere en las enfermerías generales. El número de enfermos de tipo infeccioso intestinal (tifoidea y paratifoidea) es a creer la afirmación del cuerpo médico nulo. La existencia de posibles portadores de gérmenes de fiebre tifoidea no se investiga sistemáticamente como es usual en todo establecimiento psiquiátrico moderno, a causa de que el cuerpo médico carece de un laboratorio clínico dotado de los necesarios elementos para esta investigación.

Tanto la sección de hombres como la de mujeres cuenta con varias enfermerías de tipo general y solamente la sección de mujeres dispone de una sala pequeña para enfermedades infecciosas en la actualidad vacía.

La falta de higiene del Establecimiento es causa de que los enfermos tanto de uno como de otro sexo se hallen plagados de parásitos. Las constantes y reiteradas solicitudes de los médicos para que se les proporcionen los medios necesarios que el despojariento exige, han sido desatendidas por la administración.

La alimentación de los enfermos ha sufrido a causa de las circunstancias actuales evidentes restricciones que redundan en perjuicio del estado de nutrición de la población manicomial. La base de ella es el arroz y la verdura. Últimamente, según los médicos (este dato no ha podido ser comprobado por el que suscribe) el desayuno consiste en un trozo de pan con algunas gotas de aceite. A pesar, de la alimentación monótona y merced a la frecuencia con que se les proporciona verduras y frutas frescas,

no se observan enfermedades por carencia. Las cocinas son de tipo moderno, aunque su limpieza deja bastante que desear.

El Establecimiento dispone de lavaderos mecánicos del tipo corriente en esta clase de establecimientos.

El cuerpo médico se lamenta de la restricción que a causa de la guerra sufren los medicamentos más precisos, especialmente los hipnóticos y sedantes. Esto da motivo a graves conflictos en la asistencia de enfermos en estado de agitación y en los epilépticos. La supresión brusca del tratamiento en los últimos (falta absoluta de luminal) ha dado motivo a estados de mal epiléptico de suma gravedad. La escasez de hipnóticos y sedantes es causa de que los enfermos agitados se hallen por este motivo totalmente abandonados y sea usual en el Establecimiento el empleo de grillos de hierro ó, camisas de fuerza y celdas de aislamiento ó calabozos sin ventilación alguna, en los cuales el enfermo no dispone de cama ni de vestidos en muchos casos y yace sobre un montón de paja manchada con sus propios excrementos.

El Establecimiento, cuenta ciertamente con una excelente instalación de baños prolongados desde hace largo tiempo, pero que no ha sido aún utilizada para el tratamiento de los enfermos agitados a causa de obstáculos administrativos, según el testimonio de dos médicos.

Los elementos auxiliares del diagnóstico son a todas luces insuficientes. No hay desde luego servicio radiológico, laboratorio clínico.

El personal médico se queja de que tan solo dispone de un solo oscilómetro actualmente estropeado. Carece así mismo el establecimiento de secciones de especialidades médicas. Tampoco cuenta con una sección quirúrgica. No hay odontólogo.

Las historias clínicas no pueden considerarse ciertamente como modelo. Son muy deficientes y en ellas se hecha de ver que el curso de la psicosis no se expresa con el detalle necesario a causa de que, según el testimonio de los médicos, los enfermeros se niegan a tomar los datos relativos a la conducta del enfermo y se añaden en hojas especiales. Cada médico de sección tiene a su cargo un número determinado de enfermos distribuido con arreglo a un sistema alfabético. El Estableci-

El centro no dispone de un fichero estadístico que permita informarse del número y clase de psicosis en un momento dado.

La estructura del Establecimiento corresponde, como antes quedó indicado, al tipo de grandes pabellones, tres para hombres y tres para mujeres. La organización interna de cada uno de estos pabellones no corresponde a ningún sistema funcional moderno. Los dormitorios y los comedores son de amplias dimensiones y prácticamente carecen de salas de estancia. Los patios, en algunos de los pabellones son muy reducidos. Los enfermos tranquilos excepto algunos, muy pocos, tienen alguna ocupación, pero el resto pasa el día en la más absoluta ociosidad. Los pabellones para enfermos agitados y de conducta difícil son desde todos los puntos de vista pésimos. Los enfermos atendidos en estas salas dedicadas a los casos que sufren fases de agitación están sucios, harapientos y muchos de ellos descalzos. Aquellos que se hallan en fases de agitación ó sufren impulsos, son amarrados a la cama mediante cadenas gruesas terminadas por esposas de hierro que atenazan sus manos. Otros, como anteriormente ya se indicó, quedan aislados en cuartos antihigiénicos descritos ya en líneas atrás. La sala de mujeres dedicada a los enfermos agitados ofrece al visitante un aspecto desconsolador. No dispone de cuartos de estancia y los enfermos permanecen en el dormitorio ó en un patio triangular a todas luces insuficiente. En una de sus paredes se abren las puertas de una serie de celdas-calabozos del tipo antes descrito. El que suscribe, tuvo ocasión de ver durante su visita de inspección algunas enfermas completamente desnudas. En general, esta sección como la similar de hombres están muy descuidadas y se las observan en ellas restos de comida y de frutas esparcidos por los suelos.

En la sección de hombres, hay una sala destinada para niños (oligofrenia profunda) que en el momento de nuestra visita, una de la tarde, presentaba un gran desorden, las camas estaban aún por hacer y los niños en el máximo grado de abandono higiénico, así como la limpieza de la habitación.

La sección de mujeres, carece de una sala especial similar dedicada a las niñas, las cuales viven mezcladas con las enfermas adultas.

No hay sección alguna dedicada especialmente a la asistencia de los enfermos epilépticos, los cuales se hallan distribuidos arbitrariamente por el resto de las salas.

La ropa de cama se muda, según el testimonio de los médicos, cada veinte días y los enfermos se hallan, como reiteradamente viene diciéndose en este informe en el más absoluto abandono higiénico, especialmente aquellos que por su estado no pueden atenderse por sí mismos.

La vigilancia nocturna se ejerce de un modo eficiente por un grupo de seis enfermeros que no disponen de un reloj de control apesar de las reiteradas peticiones del cuerpo médico. Por tanto, es muy difícil darse cuenta de la eficacia de esta vigilancia.

No se hace terapéutica de ocupación. Algunos enfermos trabajan en labores agrícolas y ciertos enfermos ayudan a las faenas domésticas (cocina, limpieza, etc.) pero sin que estas ocupaciones correspondan a un meditado criterio terapéutico. Esta labor realizada por los enfermos o significa más que un aprovechamiento arbitrario de aquellos enfermos fáciles de conducir y que en modo alguno les reporta beneficio terapéutico alguno.

El gasto de cada enfermo, según el presupuesto de la Diputación es de 3,50 Pesetas por cabeza, pero, según el testimonio de los médicos, esta cifra queda reducida prácticamente a una peseta a causa de que, de esta cantidad señalada por enfermo se sufragan otros gastos del establecimiento principalmente los ocasionados por obras y reparaciones. Si tenemos en cuenta que los honorarios de los médicos ascienden al año a 72.350 pesetas y los de los enfermeros a 257.152,50 pesetas (cada enfermero cobra un jornal diario de 2,50 ptas.) y el gasto de la población manicomial a 1.257.672,50 Ptas. (3,50 ptas. por enfermo) podremos calcular el gasto total de este establecimiento en 1.287.125 Pesetas.

MODIFICACIONES DE INMEDIATA URGENCIA .

El que suscribe considera que las modificaciones de más inmediata urgencia de este Establecimiento son las siguientes:

1ª.- Es preciso, en primer lugar, intentar reducir la población manicomial de este Establecimiento, por lo menos en el número de enfermos que excede la cifra de mil. Para ello pudiera habilitarse, en parte, la nave de la gran Iglesia del Establecimiento, que pudiera convertirse en salas de supervigilancia para los enfermos agitados y transformarla así en una pequeña sección para aquellos enfermos que necesitan por su estado de más cuidadosa asistencia. De este modo, quedarían descartadas las secciones de enfermos agitados.

2ª.- Es indispensable transformar radicalmente los pabellones dedicados a los enfermos agitados y difíciles realizando en ellos las obras oportunas para convertirlos en secciones que puedan cumplir de un modo correcto su función. Es preciso, dejar sentado aquí, que el cuerpo médico del Establecimiento consciente de esta necesidad se ha dirigido reiteradamente a la Diputación provincial pidiendo la reorganización de estos servicios en ser atendido.

3ª.- Hay que suprimir en su totalidad las celdas de aislamiento que como es bien sabido hoy constituyen el obstáculo primordial con que tropieza la asistencia psiquiátrica moderna, a causa de que los enfermos sometido a este procedimiento padecen una serie de síntomas secundarios que los convierten en los bien conocidos productos de celdas, hoy inexistentes en todo Establecimiento psiquiátrico que cumpla ~~xxx~~ sus deberes más elementales.

4ª.- La instalación de baños prolongados ^{con} que desde hace largo tiempo ~~adorna~~ el Establecimiento, debe hacerse funcionar inmediatamente con objeto de utilizarla en los numerosos casos en que este sistema terapéutico se haya indicado.

66.- El resto de los pabellones puede por el momento, dadas las circunstancias actuales, pasar pero sobrellevarlos igualmente a una fundamental e indispensable higienización. Muy especialmente la sala dedicada a niños.

67.- Es indispensable habilitar una sección especial con división de sexos para enfermos de tuberculosis.

72.- Es igualmente indispensable la instalación de un pequeño laboratorio de análisis clínicos.

80.- Es preciso proceder lo más rationally posible al desdoblamiento de los enfermos, que en todo momento y muy especialmente en el momento presente debe realizarse para evitar serio peligro. Debe instalarse un sistema de desinfección de ropas.

98.- Conviene mejorar la alimentación de los enfermos procurando una mayor variedad de la misma y facilitar la posibilidad de una cocina dietética.

100.- Es preciso organizar una sección de niñas y en ambas secciones de hombres y mujeres, salas especiales para los epilépticos.

112.- Como condición indispensable para que la actuación médica sea lo más eficaz posible, es preciso fomentar la disciplina de los enfermeros, los cuales constituyen el elemento de colaboración fundamental para que la asistencia psiquiátrica pueda cumplir su función.

120.- Debe desterrarse total y absolutamente el sistema de ligaduras, camisas de fuerza, grillos y esposas de hierro, dejando el criterio del médico el uso de ciertas ligaduras en aquellos casos que el estado del enfermo lo indique. En modo alguno, ningún elemento no médico de la casa podrá autorizar el empleo de tales procedimientos, hoy desterrados de toda clínica psiquiátrica moderna.

130.- La proporción entre el número de médicos y enfermos, así como la de enfermeros respecto de los segundos, puede permanecer sin modificación alguna, aún cuando no corresponde ciertamente a la fórmula usual en los Establecimientos psiquiátricos modernos. Las circunstancias actuales exigen ciertamente restricciones en este sentido que es preciso tener en cuenta.

Valencia, 22 junio 1937.

El Jefe de la Sección de Psiquiatría.



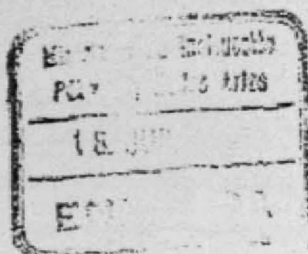
UNIVERSIDAD LITERARIA
DE
VALENCIA

Sección

Negociado

Núm.

280



164-434-12-38
Almo. Sr. :
Sr. Decano de la Facultad de Medicina de esta Universidad, en comunicación de fecha 10 de los corrientes, me dice lo que sigue:-----

"Tengo el honor de comunicar a V. I. que la Junta de Facultad a propuesta de este Decanato, ha acordado por unanimidad solicitar del Excmo. Sr. Ministro de Instrucción pública el nombramiento interino de Profesor Agregado a la Facultad de Medicina de Valencia, a favor del Dr. D. José Sacristán y Gutierrez, con el fin de que realice en el Instituto Anatómico de este Centro, los trabajos de Neurociología y Arquitectónica nerviosa que le encomienda la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas. Ruego a V. S. I. que, si la estima acertada, se sirva trasladar esta petición a la Superioridad. "

Y este Rectorado conforme con la propuesta, la glova a V. I. para su conocimiento y resolución que estime oportuna.

Valencia, 16 de junio de 1.936.

El Rector actual.,

Excmo. Sr. Subsecretario del Ministerio de Instrucción pública y Sanidad.



Apéndice núm. 30. En el camino hacia el exilio, en el jardín de Mas Faixá, pueden verse de izquierda a derecha a Juan Roura, Enrique Rioja, Sacristán, Antonio Machado y José Machado.



COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA PROVINCIA

MADRID



Saludo a FRANCO
HARRIBA ESPAÑA

P. S. 2111.

El Consejo directivo de este Colegio ha examinado el expediente del Colegiado D. José Miguel Sacristán y Gutiérrez, y

RESULTANDO: que el expedientado, si bien no perteneció a partido político alguno antes del 19 de julio de 1936, ocupó una situación bien conocida y destacada entre los Médicos de ideología izquierdista, por lo que al estallar el glorioso Movimiento Nacional, y encontrarse en zona roja, tuvo situación de privilegio, obteniendo el nombramiento de Jefe interino de la Sección de Higiene Mental y de Vocal del Consejo Superior de Psiquiatría, en los que colaboró con los rojos, tanto en Madrid como en Valencia.

RESULTANDO: que en la Hoja Oficial del Lunes correspondiente al 28 de febrero de 1939, publicada en Barcelona, apareció un manifiesto con el título de "Los intelectuales de España por la Victoria total del pueblo", en el que figura su firma, si bien ha hecho manifestaciones de que tal firma fue puesta sin su consentimiento.

RESULTANDO: que salió de zona roja en febrero de 1939 y no se reintegró a la Nacional hasta mayo de 1939, aunque este hecho parece que no puede imputársele como cargo puesto que hizo cuanto pudo por entrar en España con toda rapidez, lo cual no pudo efectuar debido a dificultades de índole burocrática.

RESULTANDO: que de estos cargos se ha dado traslado al expedientado el que en tiempo y forma presentó pruebas que no los desvirtúan.

CONSIDERANDO: que los hechos anteriormente expuestos están incurridos entre los que sancionan los apartados b) y g) del art. 2º de la Orden del 6 de octubre de 1939.

VISTAS: las disposiciones para la depuración de los miembros de los Colegios de Médicos, el Consejo directivo acuerda aceptar la propuesta del Jefe instructor, sancionando al Doctor D. José Miguel Sacristán y Gutiérrez con la privación del ejercicio de la profesión en la jurisdicción del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid durante SEIS MESES e inhabilitación para ocupar cargos de confianza y directivos, poniendo en conocimiento del Colegiado que en el plazo de quince días a contar desde la fecha de la notificación, puede recurrir contra este fallo ante el Consejo General de los Colegios de Médicos, al que se dará su curso a los efectos del art. 10 de la Orden del 6 de octubre de 1939.

21-

Madrid 28 de enero de 1941.

El Secretario General

Vº y Sº
El Presidente

J. M. Sacristán y Gutiérrez *M. M. M.*

Apéndice núm. 31. Resolución del Expediente abierto por el Colegio de médicos de Madrid a Sacristán.

11

El que suscribe JOSE NIGUEL SACRISTÁN Y GUTIERREZ, natural de Madrid de cincuenta y seis años de edad, Doctor en Medicina y Cirugía, de estado casado, domiciliado en Madrid, Paseo del General Martínez Campos nº 13 entresuelo izquierda, responde en este escrito a los cargos que le fueron formulados verbalmente por el Sr. Juez de Instrucción y Primera Instancia del Juzgado nº 18 el día seis de los corrientes con motivo del expediente de responsabilidades políticas que se le sigue, y ante los cuales dice:

1ª. Que nunca ha pertenecido antes ni después de 1936 a ningún partido político de izquierdas ni de derechas, como tampoco a la masonería, ni ejercido jamás actividad política alguna, dedicándose exclusivamente al ejercicio de la medicina en su especialidad de psiquiatría desde el mes de abril del año 1914 que regresó de Alemania, donde fué formado en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Munich bajo la dirección y enseñanza del profesor Kraepelin.

2ª. Que es cierto que el día 13 de julio de 1936 a las diez y media de la mañana el que suscribe fué solicitado por Negrín para ver un enfermo mental llamado Juan Díez Gimeno recluido en el Sanatorio Neuropsicopático, sito en la Ciudad Lineal, A. Soria 400, del Dr. Dn. Amador Pereira, celebrando una consulta con el citado médico director, como este pueda atestiguar. Las relaciones que el que suscribe tuvo siempre con Negrín fueron exclusivamente profesionales como gran parte de los médicos de España tuvo con él por ser catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid y Secretario de la misma. El que suscribe jamás tuvo relación de ningún género con Azaña, siendo total y absolutamente falso tal cargo. Que el día indicado mas arriba solo fué Negrín el que requirió al que suscribe y nunca pisó su casa Margarita Kalken con la cual jamás cruzó su palabra.

3ª. Que en efecto es cierto que el nombre del que suscribe aparece en el llamado "manifiesto de los intelectuales", sin que firmara tal documento y cuyo nombre fué puesto al pie del mismo sin su consentimiento y sin que le fuera formulada consulta alguna verbal o escrita. Los autores del documento en cuestión valiéndose del ambiente de terror de la zona roja hacían caso omiso, como es bien notorio, de los más elementales derechos individuales. No obstante el estado de inferioridad civil que tal ambiente determinaba en toda persona de orden el que suscribe elevó energética protesta contra la usurpación de su nombre y solicitó al mismo tiempo del Dr. Marquez y del profesor Tomas Navarro Tomás una rectificación, lo que no le fué admitido. Mas tarde, sin embargo, en otro manifiesto firmado exclusivamente por médicos el nombre del que suscribe no aparece, quizás como consecuencia de la citada protesta.

4ª. Es cierto que el que suscribe salió de Madrid acompañado de su esposa e hijos dirigiéndose a Valencia. El motivo de este viaje no fué otro que el de eludir la persecución de que era objeto la familia de la esposa del que suscribe y, por tanto, éste, por unos desalmados del pueblo de Burguillos de Toledo, que hacían objeto de ella a esta por ser los hermanos de la esposa del que suscribe propietarios de una pequeña finca de campo sita en el citado pueblo. Ello obligó a los hermanos de la esposa del que suscribe a refugiarse en la Embajada de Turquía siendo mas tarde evacuados en un barco que hizo escala en Siracusa y desde allí reintegrados a la España Nacional, lo que puede atestiguar

el cuñado del que suscribe Dn. Elías Hernández de Tajada que habita en la calle de San Agustín, 6. El que suscribe optó por trasladarse con su familia por sugestión del Dr. Prados Such, psiquiatra, hoy ausente de España, el cual había sido discípulo del abajo firmante y el que se encargó de facilitar el viaje. Mas tarde, dos meses antes del corte de Levante realizado por el Ejército Nacional al que suscribe se trasladó a Barcelona con la intención de ver si le era dado arreglar la situación militar de sus hijos mayores y sus quintas respectivas habían sido movilizadas, lo que no pudo lograr. Describiendo a pasar la frontera no logró entrar en Francia sino a principios de diciembre de 1936 con la intención de reintegrarse inmediatamente que le fuera permitido a la zona nacional.

47. El que suscribe, en efecto, se instaló con su esposa y su hijo menor en la ciudad de Toulouse que eligió por motivos económicos e inmediatamente de su llegada se informó de los trámites necesarios para reintegrarse a la España Nacional, viéndose para ello en relación con las autoridades nacionales residentes en Francia y por su consejo envió al Sr. Subsecretario de Orden Público del Gobierno Nacional en Burgos una solicitud de entrada en la España Nacional acompañada de un Hoja triplicada que le fue proporcionada por el secretario del Sr. Quiñones de León, representante del Gobierno Nacional en Francia. Para mayor seguridad estos documentos fueron enviados al citado Sr. Quiñones de León que residía en París en el Hotel Meurice con objeto de su envío directo a España. Desde la llegada del que suscribe a Francia y el envío de los documentos en cuestión no pasaron más de unas semanas. A pesar de una reiterada gestiones y las de sus familiares residentes en la España Nacional y muy especialmente del Excmo. Señor Don Francisco de Borbón, Duque de Sevilla, el cual puede atestiguar la veracidad de cuanto aquí se dice, no logró el que suscribe ser inmediatamente reintegrado a la España Nacional como era su deseo. Este prolongado y angustioso retraso fue explicado mas tarde por la representación oficial del Gobierno Nacional en Francia diciendo que como muy pronto sería reconocido el Gobierno Nacional por el de Francia no había más remedio que esperar a que fueran constituidos los Consulados ya que ellos serían los encargados de resolver las peticiones de entrar en España. Inmediatamente que el Consulado de España en Toulouse fue constituido el que suscribe se presentó en él como puede ser comprobado solicitando informe directo del citado Consulado. El retraso de la entrada en España del que suscribe no dependía, por tanto, de él, sino de las disposiciones cuya promulgación se esperaba. Una vez recibidas estas, el Sr. Consul de España en Toulouse, Don José María Estrada concedió pasaporte al que suscribe de exclusiva validez para su reintegración a España el día 2 doce de abril de 1939. Este pasaporte lleva el nº 3 como puede verse en el original del mismo que se incluye a este escrito, cifra que indica que fue uno de los primeros señalados por el Sr. Consul para la reintegración a España. El breve retraso de dos días debido a un ataque gripal del que suscribe impidió utilizarlo y en este lapso de tiempo se notificó a los Consulados la no vigencia de las disposiciones anteriormente dictadas, quedando, por tanto, sin validez los pasaportes. Mas tarde, el 23 de mayo, fue concedido al que suscribe el permiso para su reintegración a España y el Sr. Consul añadió de su puño y letra en la página 5 del mismo lo que sigue, prueba de la autenticidad de todo cuanto antecede: "Este pasaporte fue expedido en los días en que este Consulado estuvo autorizado para ello, no habiendo podido utilizarlo los interesados en el corto plazo en que dicha autorización estuvo vigente, y por tanto la validez de los pasaportes expedidos". A pesar de que el pasaporte como se indica era válido hasta el 12 de abril de 1940 el que suscribe acompañado de su esposa, entró en España el día 24 de mayo de 1939 como consta en los dos del citado pasaporte. Desde Irún el que suscribe se trasladó a San Sebastián y de allí a Avila previo salvoconducto despachado por la Comandancia Militar de Irún, ya que por aquel entonces los pasaportes para Madrid eran concedidos exclusivamente en Burgos. En Avila, alojado en casa de mi hermana Angela, esposa de Dn. Joaquín Leirado, Ingeniero de Montes, y acompañado de mis hijos pasé varios meses el que suscribe en la citada ciudad atendiendo a su salud muy quebrantada regresando a Madrid el 21 de setiembre de 1939.

50. Como prueba de que el ambiente familiar del que suscribe era absolutamente contrario al del gobierno rojo su hijo mayor Antonio, movilizado al ser llamada su quinta, se pasó al Ejército Nacional, después de pasar por dificultades y peligros, el día 10 de julio de 1938 por la Sierra de Espadana en el frente de Castellón, siendo, después de los trámites necesarios a este respecto, adscrito a las tropas nacionales con las que continuó la campaña hasta su terminación, por lo que posee hoy la Medalla de la campaña como con-

consta en la copia de la comunicación del honor que se le hace y el correspondiente carnet de excombatiente cuya copia también se incluye en este escrito.

62. Que es cierto que al que suscribe durante su ausencia de Madrid le fué cuidado el piso que ocupa en Martinez Campos 13 desde el año 1933, por una mujer anciana llamada Maria Martinez y su hija, mas algunas parientas suyas, la cual habia sido niñera de la esposa del que suscribe, mas tarde levantara de su casa, cumpliendo perfectamente su cometido. Esta pobre mujer al ser llevados a la guerra sus hijos quedó desamparada y era obligación de los que desde hacia tanto tiempo la atendian hacer con ella esta obra de caridad.

72. Que el que suscribe ha sido depurado en el Colegio de Medicos de la Provincia de Madrid el 28 de enero de 1941 con la sanción de privación durante seis meses del ejercicio de la profesion en la provincia de Madrid e inhabilitación para cargos de confianza y directivos, sanción fundamentada en cargos analogos a los que en este escrito se responde y ante los cuales el que suscribe adujo las pruebas oportunas para su desvirtuación que no le fueron tenidas en cuenta.

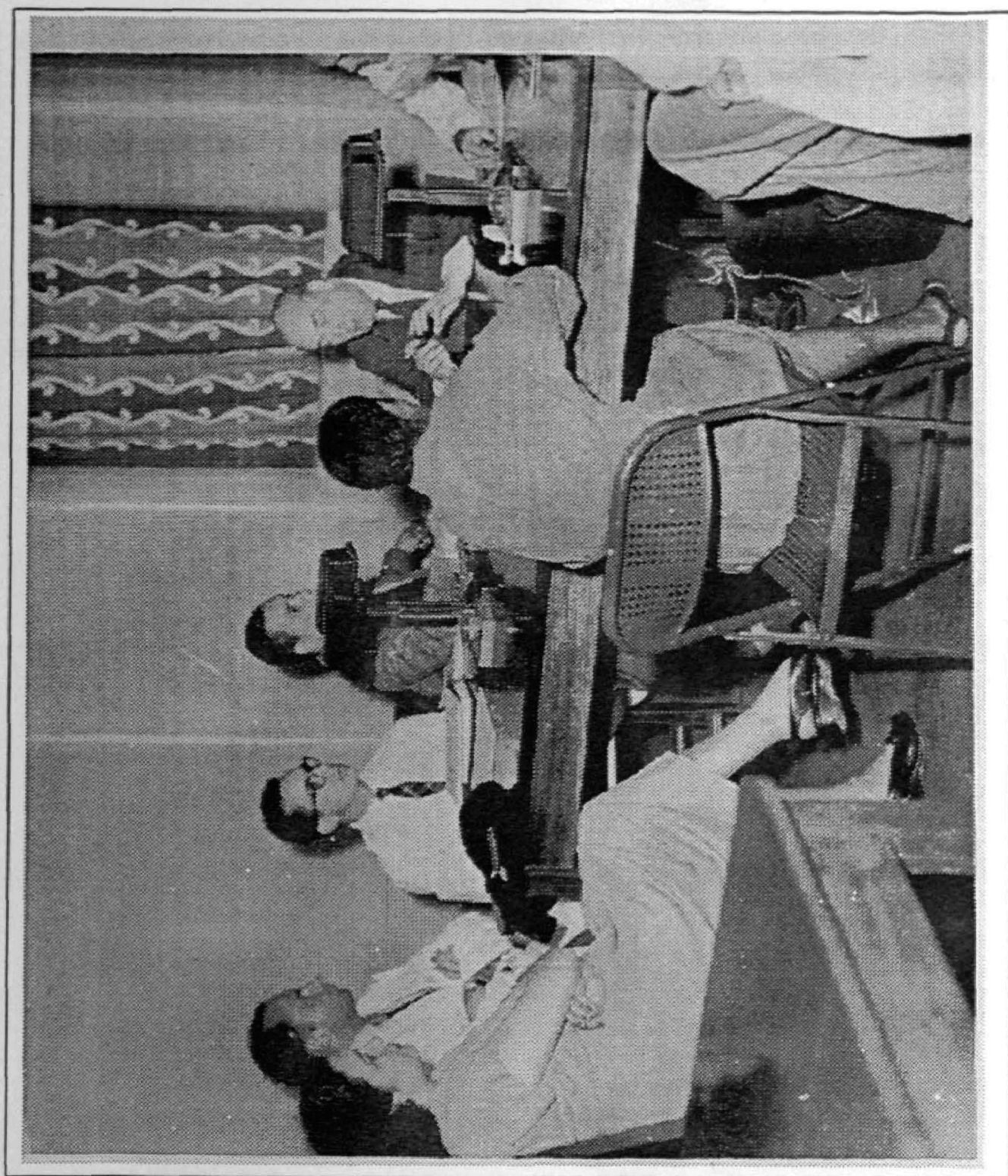
82. Que el que suscribe considera necesario añadir que pueden informar acerca de su persona y confirmar la veracidad de cuanto en este escrito se hace constar los siguientes señores:

- Excmo Sr. Dn. Francisco de Borbón, Duque de Sevilla, Jefe de la 11a División,
- Don Antonio Vallejo Nágera, Teniente Coronel de Sanidad Militar, Profesor de la Facultad de Medicina, domiciliado en la calle de Alcalá Galiano, 8,
- Don Fernando Escardó Peinador, Fiscal del Aire, Teniente Coronel del Cuerpo Juridico, domiciliado en Rafael Calvo, 40
- Don Jesús Ercilla, Doctor en Medicina y director del periodico Pueblo domiciliado en la calle de Amador de los Rios, 8.

Indicaciones

Madrid 9 de julio de 1943

Señor Juez de Instrucción y Primera Instancia del Juzgado no 18.



Apéndice núm. 33. Sacristán departiendo con sus alumnos venezolanos (1949).

ESQUEMA DE KRETSCHMER

Nombre: *François de la Tour*

Diagnóstico: *Epia. catania.*

Edad: 45?

Tipo especial de enfermedad:

Profesión: *other*

Fecha del examen: 28-12-22

I. — CARA Y CRÁNEO

CARA:			
	grande	<u>mediana</u>	pequeña
	alta	<u>=</u>	baja
	<u>estrecha</u>	<u>=</u>	ancha
	de huesos		
	finos	<u>=</u>	recios
	flácida	<u>=</u>	rígida
	fiaca	<u>=</u>	gruesa
	angulosa	<u>=</u>	redonda
	de fino modelado	<u>=</u>	sastre (superficies)
	de piel fina	<u>=</u>	gruesa
	brillante	<u>=</u>	mata
	roja	<u>=</u>	pálida
	amarillenta, descolorida, pastosa, sucia tersa, rugosa, arrugada, ajada, hundida hinchada, infectada.		<i>pipucha</i>
Ojos:	grandes	<u>medianos</u>	<u>pequeños</u>
	salientes	<u>=</u>	hundidos
	<u>brillantes</u>	<u>=</u>	mates
	azules, verdes, grises, castaños, negros. Borde orbital superior; bajo, alto, saliente, romo.		
NARIZ:	grande	<u>mediana</u>	pequeña
	<u>larga</u>	<u>=</u>	corta
	<u>fina</u>	<u>=</u>	gruesa (parte cartilaginosa)
	<u>estrecha</u>	<u>=</u>	ancha (= ósea)
	puntiguda	<u>=</u>	<u>ronda</u>
	ganchuda	<u>=</u>	arremangada
	pálida	<u>=</u>	roja
	de inserción superficial	<u>=</u>	profunda
	doblada, recta, vuelta <i>heil.</i>		
	saliente	<u>=</u>	hundida
	<u>muy contorneada</u>	<u>=</u>	débilmente
	Raíz profunda, débil. <i>med.</i>		
Boca:	grande	<u>=</u>	pequeña
	muy contorneada	<u>=</u>	débilmente
LABIOS:	delgados	<u>=</u>	gruesos
	vuellos (adentro)	<u>=</u>	hacia fuera
	flácidos	<u>=</u>	rígidos
	abiertos	<u>=</u>	cerrados
	pálidos	<u>=</u>	rojós
	Labio superior: alto, corto, en hocico, vuelto, normal		
PÓMULOS:	muy desarrollados	<u>medianos</u>	poco
	salientes	<u>=</u>	no salientes
MAXILAR INFERIOR:	grande	<u>=</u>	pequeño
	alto	<u>=</u>	bajo
	ancho	<u>=</u>	<u>estrecho</u>
	saliente	<u>=</u>	entrante
	muy arqueado	<u>=</u>	poco
	fuerte	<u>=</u>	delicado

BARRILLA:	saliente	mediana	ligeramente saliente.
	en forma de tapón.		
LABIOS:	muy saliente		debilmente saliente.
DIENTES:	grandes		pequeños
	regulares		irregulares
	sanos		carriados.
MEJILLAS:	hundidas		planas.
OREJAS:	grandes		pequeñas
	separadas		pegadas
	lisas		arrolladas
	delgadas		gruesas.
	adheridas		libres
FRONTE:	recta		huida
	alta		baja
	abovedada		lisa
	ancha		estrecha
	angulosa		redondeada
	muy contorneada		usualmente.
	Protuberancias frontales: muy desarrollada, mediana, poco		
	arco superciliar fuerte	mediano	debilmente
	glabella: ancha		estrecha
CONTORNO DE LA CARA:	en escudo ancho, pentagonal, ovoide alargado corto, idem corto, oval infantil, eptagonal, sin carácter.		
CONFORMACIÓN DE LA CARA:	masculina, femenina, muy joven, muy vieja, correspondiente a la edad		
CRÁNEO (en relación con la cabeza):	grande	mediano	pequeño
	largo		corto
	ancho		estrecho
	alto		bajo
	Vértice elevado.		
	Cráneo vesicular, caput quadratum, en torre.		
OCCIPUCIO:	saliente, redondeado, liso.		
	Protuberancia occipital:		
	saliente, mediana, debilmente desarrollada.		
ASIMETRÍAS:	cráneo, cara, ojos, orejas.		
MALFORMACIONES:			

II. - ESTRUCTURA CORPORAL:

	grande	mediana	pequeña
	redonda	gruesa	recogida - delgada
	de hombros anchos, esbelta, endeble		
	de miembros largos, cortos		
	infantil, masculina, femenina, senil.		
ACTITUD:	enfila	mediana	rigida
	encorvada		erguida.
ESTRUCTURA ÓSEA:	delicada		recia.
ARTICULACIONES:	estrechas		anchas
MUSCULATURA:	delgada		gruesa
	flácida		firme.
RELIEVE MUSCULAR:	muy aparente		no aparente.
PANÍCULO ADIPOSO:	flaco		grueso.
	Distribución de la grasa: femenina, masculina, infantil.		
	Acúmulos de grasa circunscritos.		
CABEZA (en relación con el tronco):	grande	mediana	pequeña
	libre		hundida

CUELLO:	<u>largo</u>	<u>mediano</u>	<u>corto</u>
	delgado	==	recogido
BRAZOS:	<u>largos</u>	<u>==</u>	<u>cortos</u>
	delgados	==	gruesos
PIERNAS:	<u>largas</u>	<u>==</u>	<u>cortas</u>
	delgadas	==	gruesas
	<u>en O, en X.</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
MANOS:	<u>grandes</u>	<u>==</u>	<u>pequeñas</u>
	<u>largas</u>	<u>==</u>	<u>cortas</u>
	<u>estrechas</u>	<u>==</u>	<u>anchas</u>
	<u>de dedos finos</u>	<u>==</u>	<u>gruesos</u>
	<u>flácidas</u>	<u>==</u>	<u>duras</u>
	<u>blandas</u>	<u>==</u>	<u>huesosas</u>
	<u>Extremos de los dedos: en punta,</u>	<u>medianos</u>	<u>espesados</u>
PIES:	<u>anchos</u>	<u>medianos</u>	<u>estrechos</u>
	<u>Pie plano, arqueado, proporción de dedos.</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
HOMBROS:	<u>estrechos</u>	<u>medianos</u>	<u>anchos</u>
	<u>pendientes</u>	<u>==</u>	<u>horizontales</u>
	<u>caídos</u>	<u>==</u>	<u>altos</u>
	<u>borde interno deltoideo en pliegue, <i>(inicial)</i></u>	<u>==</u>	<u>==</u>
TÓRAX:	<u>plano</u>	<u>abovedado</u>	<u>hundido</u>
	<u>alargado</u>	<u>mediano</u>	<u>corto</u>
	<u>estrecho</u>	<u>==</u>	<u>ancho</u>
	<u>tipo útero, <i>entisematoso</i></u>	<u>==</u>	<u>==</u>
	<u>tórax de pichón, de zapatero, en rosario.</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
VIENTRE:	<u>grueso</u>	<u>mediano</u>	<u>delgado</u>
	<u>duro</u>	<u>==</u>	<u>blando</u>
	<u>panículo compacto, en pequeño hemisferio:</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
	<u>pendulo, cintura: <i>210</i></u>	<u>==</u>	<u>==</u>
ESPIÑA DORSAL:	<u>derecha</u>	<u>mediana</u>	<u>encurvada</u>
	<u>lordosis, escoliosis, cifosis: cervical, dorsal, lumbar.</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
PELVIS:	<u>esqueleto: muy, mediana, <i>débilmente</i>, muy desarrollada</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
	<u>grasa: <u>==</u></u>	<u>==</u>	<u>==</u>
	<u>ancha</u>	<u>mediana</u>	<u>estrecha</u>
	<u>bien formada, masculina, femenina <i>infantil</i>, aplanada.</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
	<u>Pliegue inguinal: elevado, alto, medio, plano.</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
	<u>saliente</u>	<u>==</u>	<u>débilmente hundido.</u>

III. - SUPERFICIE DEL CUERPO

A) Piel:	<u>fin</u>	<u>mediana</u>	<u>gruesa</u>
	<u>suave</u>	<u>==</u>	<u>áspera</u>
	<u>blanda</u>	<u>==</u>	<u>tensa</u>
	<u>elástica</u>	<u>==</u>	<u>no elástica</u>
	<u>transparente</u>	<u>==</u>	<u>no transparente</u>
PIGMENTO:	<u>intenso</u>	<u>==</u>	<u>débil.</u>
SECRECIÓN SUDORÍFERA:	<u>intensa</u>	<u>==</u>	<u>débil</u>
	<u>eczema, acné, furunculosis, pigmento de <i>gruegas</i> <i>(rojo)</i></u>	<u>==</u>	<u>==</u>
VASOS:	<u>Manos y pies: <i>calientes</i></u>	<u>tibia</u>	<u>fríos.</u>
	<u>Cuerpo: <i>caliente</i></u>	<u>==</u>	<u>frío.</u>
	<u>Sudor axilar.</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
B) Vasos	<u><i>inter</i></u>	<u>==</u>	<u>==</u>
VASOS DE LA PIEL:	<u>muy aparentes, débilmente aparentes, invisibles: en la cara, en las manos y pies, en el cuerpo.</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
	<u>Dermografía: intensa</u>	<u>mediana</u>	<u>débil.</u>
	<u>Vasomotorismo de la cara:</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
	<u>Cabeza: azulada, <i>rojo oscuro</i>, mediana, pálida, <i>brun ceniza</i></u>	<u>==</u>	<u>==</u>

Manos azules, rojo oscuro, mediana, pálida.
Pies:
 Color general de la piel: rojo oscuro, mediano, pálido, moreno
Manos y pies: húmedos, medianos, secos
 Pulso: fuerte, débil, excitable.
 lleno, tense, irregularidades respiratorias.
 extrasistolos, GRAFFE, ASCURRA.
VENAS: intensamente aparentes, visibles, invisibles, várices.
 Pílosidad
 CAMILLOS (en relación con el sexo): rubio castaño moreno gris blanco
 abundante mediano débil
 abundantes escasas
 OJOS: abundante
 BARBA: abundantes
 TRONCO: abundante
 BRAZOS: abundante
 PIERNAS: abundante
 GENITALES: abundante
 AXILAS: abundante
 CABEZA: abundante
 largo, límites ordinarios
 por detrás de la frente -- sienes -- nuca
 por delante de la frente -- sienes -- nuca
 límites horizontales de la frente entradas
 ENTRADAS: entradas
 CALIDAD: fin mediano grueso
suave espeso cordero
liso ondulado ensortijado
 Culva en frente -- sienes -- coronilla entradas
 limitada -- no limitada; brillante -- mate
 "carcomida"; incompleta.
 OJOS: carradas en la frente -- en las sienes.
 (Distancia: cm.)
 espesas medianas lisas
 anchas estrechas
 BARBA: suave espesa cordera
lisa ondulado ensortijada
estrecha mediana extensa.
 hasta la cara -- hasta el cuello
 extendida regular -- irregularmente
 predominante; bigote, perilla.
 patillas barba en la mujer.
 GENITALES: masculino -- femenino -- (límites)
largos medianos cortos
finos gruesos
 CUERPO: largo mediano corto
echado levantado
 LARGO: Nuca, espina dorsal, pecho, brazos, piernas.
 VELOCIDAD EN RE-
 GIONES ATÍPICAS:

IV. -- GLÁNDULAS Y VÍSCERAS

TESTÍCULOS: grandes medianos pequeños
 GENITALES: grandes medios pequeños
 TIROIDES: grandes medios pequeños
 Bocio -- duro, blando, liso, nudoso, pulsátil. no palpable

GANGLIOS LINFÁTI-
COS:

normal, numerosos, escasos, grandes, pequeños, duros, blandos.

GLÁNDULAS MAMA-
RIAS:

grandes — pequeños — masculinas — femeninas

duras, blandas, adreosas, bien formadas. Pezón muy mediano, débilmente desarrollado.

ENFERMEDADES IN-
TERNAS:

V. — MEDIDAS

TALLA: 1.65	Peso: 82/80	Vientre: 77	Caderas: 82
CONTOURNO:	Pecho: 82/80	Mano derecha: 19	Pantorrilla derecha: 30
LONGITUD:	Antebrazo derecho: 24	bravos: 68	
ANCHO:	piernas: 86	pelvis: 47.2/29	
CRÁNEO:	hombreros: 37		
	Contorno horizontal: 52		
	Diámetro sagital: 17.8		
	— frontal: 18		
	— vertical: 18.7		
	Altura de la cara: 6.8 - 6.5		
	Longitud de la nariz: 5.5		
	Anchura de la cara: 11.2 - 10.8		

IV. — ÉPOCAS

Entrada de la enfermedad mental: *desde el año 9 en el verano*

- = pubertad:
- = involución:
- = engrosamiento:
- = adelgazamiento:
- = formación de la calvicie:
- = determinadas enfermedades:

Anomalías sexuales:

VII. — RESUMEN DEL ESTADO DEL CUERPO

VIII. — TIPO DE LA PERSONALIDAD

IX. — HERENCIA

Observaciones complementarias

- I.-La primera impresión un murciélago. GF+ T. V
El tendido de las alas de un águila sin cabeza GF+ T. V
Tiara de un obispo (l.in.) GF+ Ofj
- II. (Sonríe) Impresión grotesca: como dos clowns haciendo un ejercicio para reír. GF+ M. V
Entrada de una gruta (a lo largo lo blanco intermedio) GF+ F- fondo 0-
Lo blanco - explica - la boca de la gruta y alrededor la boca Inf.
dos perros dogos (l.in.m.negras) o daneses GF+ T. V
Otros dos perros con los hocicos para arriba (l.normal) GF+ T. V
o dos animales.
- III. Dos negros dislocados como queriendo coger la mariposa (m.roja centr.) GF+ M. V
Las manchas rojas son algo exterior, parece que GF+ T. V
presiden la operación simbólica, dislocada de las figuras.
Siempre lo veo igual GF- Ang. 0-
Como un adorno, una cúpula que ampara la mancha roja del centro (l.inv.) GF+ T. V
La mancha roja me parece el alma del asunto
- IV. -Un murciélago, un ave con cabeza ya (m.centro) GF+ T. V
Un hombre atado a un petro de tortuga encogido (m.total, l.inv.) por una presión dolorosa. Los GF- M. 0-
brazos pueden ser estos (m.lata.) como con una ligadura.
Como complemento de la figura las manchas externas negras laterales. GF+ T. V
V. Murciélago. Mírese como semira. GF- Pf. 0-
Como dos espigas una junta a otra (a lo largo) GF+ T. V
Un animal en vuelo caído y asustado (l.inv.)
Sin vencer (l.normal)
- VI. -La maldita cruz (p.supe) con esa sabana que la GF+ Ofj
atan (p.blanca central) GF+ Ofj 0-
Venera militar (toda la figura) GF- Ofj 0-
VII. En fragmentos una media luna de picar carne. GF+ Ofj 0+
Lo mismo pero al revés (l.inv.) GF+ Ofj 0+
(Para mí - dice - lo esencial es el primer golpe de vista)
- VIII. Tiara de papa (toda la figura) GF+ Ofj 0+
Corona mural (m.centro supe lám.inv.) (m. l.in.) GF+ Pf. 0+
Dos libros abiertos colgados sobre una cuerda (m.verde) GF+ Ofj 0+
como para no perder la página.
Un medallón (lám.in, toda la fig.) GF+ Ofj 0+
Lo que domina es la corona, los colores rosa laterales GF+ Ofj 0-
como reflejo, como un halo que llevamos todos.
Los piquitos (centro) como un adorno.
Si no tuviera este adorno la figura total sería horrible, sin la mitad inferior sería incompleta.
- IX. (sonríe) Dos mujeres grotescas, dos cupletistas sobre la luz de las candilejas, una pareja de artistas. GF+ F+ Esc. 0+
Lo mismo pero patas arriba (lám.inv.) GF+ F+ Esc. 0+
Una gruta (a lo largo) con la entrada (fondo blanco de la lámina) con su parte de flora y al otro lado como una luz, como el reflejo que le dan sus tonos irisados (esto no lo ve lo sugiere) GF+ F+ Esc. 0+
Como una galería.
Cielo de puesta de sol con su luz violeta. GF+ F+ Esc. 0+

Lo verde es el campo (lam. inv.)
 Lo amarillento el estio, la mies recogida.

3 F6 Abstr. 0+

X.- Un guerrero, el casco (gris centro, sup²)
 Uniforme blanco, el pechero (intermedia blanca)
 Adornos de gamuza (.amrillenta)
 Aguilas (m. azules)
 Toda la figura una composición alemana, un simbolo de un
 estado de Alma colectiva del pueblo.
 Siempre lo veo todo englobado, de una vez, me pasa como con
 la lectura que no necesito leer renglon por englon sino un
 grupo de renglones.
 Los fragmentos despues de un explosión (l. inv.)
 Collares y veneras, sueltas y caidas.
 Medallones (.inf² y centro)
 Lo rojo es algo que debe existir, sangre; algo que ha pasado
 Una cosa ejecutada, no una posibilidad.

3 F+ Obj. 0+
 3 F(F) - Obj. 0-
 3 F6 F - Obj. 0-
 3 F - T 0-
 3 F6 F Simb. 0-

3 F6 Encl. 0+
 3 F6 F+ Obj. 0+

3 F6 Abstr.

Duración : 31'

Querido Salas: Le envio el Rorschach de la parricida,
 cuyo resultado le agradeceré se lo remita a Prados, que vi-
 ve en la calle de Miguel Angel, 14

Siempre suyo

Mrs. Santoy

BIBLIOGRAFÍA

SACRISTÁN, J.M. (1910). "El desarrollo de la vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 1, pp. 1-10.

MAPARON, O. y SACRISTÁN, J.M. (1911). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 2, pp. 1-10.

MAPARON, O. y SACRISTÁN, J.M. (1912). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 3, pp. 1-10.

MAPARON, O. y SACRISTÁN, J.M. (1913). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 4, pp. 1-10.

MAPARON, O. y SACRISTÁN, J.M. (1914). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 5, pp. 1-10.

MAPARON, O. y SACRISTÁN, J.M. (1915). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 6, pp. 1-10.

MAPARON, O. y SACRISTÁN, J.M. (1916). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 7, pp. 1-10.

MAPARON, O. y SACRISTÁN, J.M. (1917). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 8, pp. 1-10.

MAPARON, O. y SACRISTÁN, J.M. (1918). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 9, pp. 1-10.

MAPARON, O. y SACRISTÁN, J.M. (1919). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 10, pp. 1-10.

BIBLIOGRAFÍA

MAPARON, O. y SACRISTÁN, J.M. (1920). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 11, pp. 1-10.

MAPARON, O. y SACRISTÁN, J.M. (1921). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 12, pp. 1-10.

SACRISTÁN, J.M. (1922). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 13, pp. 1-10.

SACRISTÁN, J.M. (1923). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 14, pp. 1-10.

SACRISTÁN, J.M. (1924). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 15, pp. 1-10.

SACRISTÁN, J.M. (1925). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 16, pp. 1-10.

SACRISTÁN, J.M. (1926). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 17, pp. 1-10.

SACRISTÁN, J.M. (1927). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 18, pp. 1-10.

SACRISTÁN, J.M. (1928). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 19, pp. 1-10.

SACRISTÁN, J.M. (1929). "La vida social en el mundo de Grecia y Roma". *Revista de Historia y Geografía*, vol. 20, pp. 1-10.

FUENTES PRIMARIAS

SACRISTÁN, J.M. (1910): "Desinfección de la piel del campo operatorio. (Procedimiento de Gronich)". *Revista Clínica de Madrid*, 3, 7, pp: 250.

MARAÑÓN, G. y SACRISTÁN, J.M. (1911a): "La viscosidad de los líquidos del organismo. Sus factores biológicos y su importancia en Clínica". *Revista Clínica de Madrid*, 5, 3, pp: 88-109.

MARAÑÓN, G. y SACRISTÁN, J.M. (1911b): "La viscosidad de la sangre en las fiebres eruptivas. Influencia de los leucocitos en la viscosidad de la sangre". *Revista Clínica de Madrid*, 5, 8, pp: 281-9. También publicado, con variaciones, en el *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 1, pp: 66-71, bajo el título de: "La viscosidad de la sangre en la viruela, en el sarampión y en el tifus. Influencia de los leucocitos en la viscosidad de la sangre".

MARAÑÓN, G. y SACRISTÁN, J.M. (1911c): "La viscosidad de la sangre humana en varios estados patológicos". *Revista Ibero-Americana de Ciencia Médica*, 26, 9, pp: 244-53.

MARAÑÓN, G. y SACRISTÁN, J.M. (1911d): "La viscosidad de las orinas en estado normal y patológico". *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 1, pp: 22-5.

MARAÑÓN, G. y SACRISTÁN, J.M. (1911e): "Nuevas observaciones sobre la viscosidad de las orinas". *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 1, pp: 61-3.

MARAÑÓN, G. y SACRISTÁN, J.M. (1911f): "Sobre la acción antagónica de la adrenalina y la esticnina. Una hipótesis para explicar el mecanismo de la muerte por algunas causas convulsivantes". *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 1, pp: 164-7.

SACRISTÁN, J.M. (1911a): "La viscosidad de la sangre oxalatada, hirudinada y desfibrinada". *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 1, pp: 117-8. También en *Revista Clínica de Madrid*, 6, 15, pp: 86-9.

SACRISTÁN, J.M. (1911b): "La reacción de la meiostagmina de Ascoli e Izar". *Revista Clínica de Madrid*, 6, 18, pp: 212-28.

SACRISTÁN, J.M. (1912): "Observaciones histológicas sobre la epífisis". *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 1, pp: 213-5.

ACHÚCARRO, N. y SACRISTÁN, J.M. (1912a): "Investigaciones histológicas e histopatológicas de la glándula pineal humana". *Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid*, 10, pp: 185-208.

ACHÚCARRO, N. y SACRISTÁN, J.M. (1912b): "Sobre la histología de la glándula pineal humana". *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 1, pp: 269-74. También en *Revista Clínica de Madrid*, 8, 21, pp: 336-40.

ALLERS, R. y SACRISTÁN, J.M. (1913): "Vier Stoffwechselversuche bei Epileptikern". *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 20, 3, pp:305-26. Se publicó posteriormente en castellano, resumido, con el título "Examen del metabolismo en cuatro epilépticos", en el *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 3, Marzo de 1914.

SACRISTÁN, J.M. y NEGRÍN, J. (1918): "Acción de la nicotina sobre la glucemia". *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 7, pp: 56-64. Trabajos del Laboratorio de Fisiología de la Junta para Ampliación de Estudios, núm. 3.

SACRISTÁN, J.M. (1918a): "Nicolás Achúcarro". *Hermes, Revista del País Vasco*, núm. 18.

SACRISTÁN, J.M. (1918b): "La hiperglucemia nicotínica". *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 7, pp: 188-90. Trabajos del Laboratorio de Fisiología de la Junta para Ampliación de Estudios, núm. 6.

SACRISTÁN, J.M. (1918c): "El sueño y sus alteraciones". *El Sol* (5-2-1918).

SACRISTÁN, J.M. (1918d): "La interpretación de los sueños según S. Freud". *El Sol* (5-3-1918).

SACRISTÁN, J.M. (1918e): "Los problemas psiquiátricos de España". *El Sol* (1-10-1918).

SACRISTÁN, J.M. (1918f): "Manuel Dalmau". *El Sol* (12-11-1918).

SACRISTÁN, J.M. (1920a): "Ataques epilépticos en la esquizofrenia". *Archivos de Neurobiología*, 1, pp: 17-22.

SACRISTÁN, J.M. (1920b): "Los literatos y artista alemanes enemigos de la Psiquiatría". *España*, 246, p. 14, (22-1-1920).

SACRISTÁN, J.M. (1920c): "Sobre el rejuvenecimiento". *España*, 292, pp: 8-9, (4-12-1920).

SACRISTÁN, J.M. (1920d): "Psiquiatría y revolución". *La Libertad*, (12-1-1920).

SACRISTÁN, J.M. (1920e): Reseña de E. Bleuler: Tratado de Psiquiatría. *El Sol*, (20-1-1920).

SACRISTÁN, J.M. (1920f): Reseña de A. Erlenmeyer: Erste Hilfe bei Geisteskranken (Los primeros auxilios a los enfermos mentales). *Archivos de Neurobiología*, 1, p. 308.

SACRISTÁN, J.M. (1921a): "Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España". *Archivos de Neurobiología*, 2, pp: 1-15.

SACRISTÁN, J.M. (1921b): "Einige Bemerkungen zu H. Josephs Artikel: «Die feinere Histologie der Epiphyse»". *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 49, pp: 142-57.

SACRISTÁN, J.M. (1921c): Reseña de Th. Kirchhoff: Deutsche Irrenärzte (Alienistas alemanes). *Archivos de Neurobiología*, 4, pp: 182-3.

SACRISTÁN, J.M. (1922a): "El instituto alemán de Investigaciones Psiquiátricas de Múnich". *El Sol* (27-1 y 3-2 de 1922).

SACRISTÁN, J.M. (1922b): "El Doctor Negrín, profesor de Fisiología". *España*, 310, p. 7, (4-3-1922).

SACRISTÁN, J.M. (1922c): "Divulgaciones psiquiátricas". *España*, 310, pp: 11-3, (4-3-1922).

SACRISTÁN, J.M. (1922d): "Cajal y la ciencia española". *España*, 321, pp: 13-4, (20-5-1922).

SACRISTÁN, J.M. (1923a): "La teoría psicoanalítica de Freud". *Revista de Pedagogía*, 18, pp: 201-6.

SACRISTÁN, J.M. (1923b): "El psicoanálisis como método de exploración del subconsciente". *Revista de Pedagogía*, 21, pp: 321-6.

SACRISTÁN, J.M. (1923c): "Por nuestros enfermos mentales". *El Sol* (2-6-1923).

SACRISTÁN, J.M. (1923d): "La asistencia psiquiátrica de urgencia en Madrid". *El Sol* (11-7-1923).

SACRISTÁN, J.M. (1923e): "La psiquiatría en España". *El Sol* (19-7-1923).

SACRISTÁN, J.M. (1923f): Reseña de S. Freud: Das Ich und das Es. *Revista de Occidente*, 2, 5, pp: 263-6.

SACRISTÁN, J.M. (1924a): "Sobre un proceso alucinatorio reflejo". *Archivos de Neurobiología*, 4, pp: 118-38.

SACRISTÁN, J.M. (1924b): "Sobre la aplicación del método de Kläsi en la psicosis maniaco-depresiva". *La Medicina Ibero*, 18, 370, p. 1085.

SACRISTÁN, J.M. (1924c): "Para la casuística de las alucinaciones de la visión del movimiento". *Archivos de Neurobiología*, 4, pp: 208-14.

SACRISTÁN, J.M. (1924d): "Die Fürsorge für Geisteskranke in Spanien". *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 80, 5-6, pp: 469-72.

SACRISTÁN, J.M. (1924e): "Alcohol y enfermedades psíquicas". *El Sol* (10-12-1924).

SACRISTÁN, J.M. (1924f): "Imprudencia temeraria". *La Voz* (26-3-1924).

SACRISTÁN, J.M. (1924g): "Sobre la responsabilidad de los médicos". *La Voz* (2-4-1924).

SACRISTÁN, J.M. (1924h): Reseña de W. Spielmeier: Histopatología del sistema nervioso. *Archivos de Neurobiología*, 4, pp: 94-5.

SACRISTÁN, J.M. (1924i): Reseña de P. Schilder: Medizinische Psychologie. *Archivos de Neurobiología*, 4, pp: 258-9.

SACRISTÁN, J.M. (1924j): Reseña de K.O. Henckel: Estudios sobre la estructura corporal en esquizofrénicos. *Archivos de Neurobiología*, 4, pp: 278-9.

SACRISTÁN, J.M. (1924k): Reseña de A. Pereira y J.M. Pardo: Tratamiento psicopedagógico de algunos casos de hebefrenia y catatonía. *Archivos de Neurobiología*, 4, pp: 190-1.

SACRISTÁN, J.M. y PINTO, J. (1924): "La narcosis permanente de Kläsi en dos casos de psicosis maniaco-depresiva. *Archivos de Neurobiología*, 4, pp: 139-50. También se publicó en alemán: "Die Dauernarkose von Kläsi bei manisch-depressivem Irresein. Vorläufige Mitteilung", *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 91, 3/5, pp: 396-401.

SACRISTÁN, J.M. (1925a): "Sobre el somnifeno en la psicosis maniacodepresiva". *La Medicina Ibero*, 19, 381, pp: 188.

SACRISTÁN, J.M. (1925b): "Freud ante sus contradictores". *Revista de Occidente*, 8, 22, pp: 134-9.

SACRISTÁN, J.M. (1925c): "La crisis primaveral". *Revista de Occidente*, 10, 30, pp: 362-70.

SACRISTÁN, J.M. (1925d): "Importancia social de las esquizofrenias". *Archivos de Medicina Cirugía y Especialidades*, 18, 194, pp: 408-21.

SACRISTÁN, J.M. (1925e): "Sobre la acción de la cocaína en el estupor catatónico". *Archivos de Neurobiología*, 5, pp: 166-190. Se publicó en alemán en 1926: "Über Kokainwirkung bei stuporosen Katatonikerinnen", *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 84, pp:380-403.

SACRISTÁN, J.M. (1925f): "El problema de la psiquiatría práctica en España". *El Sol* (2-5-1925).

SACRISTÁN, J.M. (1926a): *Figura y carácter. Los biotipos de Kretschmer*. La Lectura. Cuadernos de Ciencia y Cultura. Madrid.

SACRISTÁN, J.M. (1926b): "Plan moderno de asistencia a los alienados". En: *Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras*. Paracelso. Madrid.

SACRISTÁN, J.M. (1926c): "Emilio Kraepelin". *Archivos de Neurobiología*, 7, pp: 126-8. También en *El Sol* (19-10-1926).

SACRISTÁN, J.M. (1926d): "Sobre la creación de una Escuela de Psiquiatría". *El Sol* (30-12-1926).

SACRISTÁN, J.M. (1927): "El fenómeno eidético". *Revista de Pedagogía*, 61, pp: 1-6.

SACRISTÁN, J.M. (1928): "El cerebro de Lenin". *Revista de Occidente*, 20, 60, pp: 405-8.

SACRISTÁN, J.M. (1929a): "Masculinización de plumaje y de los espolones (ginandromorfismo) en una gallina", en: *Libro homenaje a Marañón*. Paracelso. Madrid.

SACRISTÁN, J.M. (1929b): "Técnica del psicoanálisis infantil". *Revista de Pedagogía*, 92, pp: 337-42.

SACRISTÁN, J.M. (1929c): *Sobre el diagnóstico diferencial entre psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia*. Imprenta Sur, Málaga. Reeditado en *Archivos de Neurobiología*, núm. extraordinario, 1973.

SACRISTÁN, J.M., SALAS, J. y FANJUL, L. (1930): "Über die diagnostische Bedeutung der Tuschreaktion des Liquor cerebrospinalis". *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 123, 4-5, pp: 694-701.

SACRISTÁN, J.M. y SALAS, J. (1930): "La relación de las proteínas del líquido cefalorraquídeo en la epilepsia esencial, según el método de Kafka-Samson". *Archivos de Neurobiología*, 10, pp: 163-72.

SACRISTÁN, J.M., LAFORA, G.R. y ESCALAS, J. (1930): "Anteproyecto de Legislación para la asistencia al enfermo psíquico". *El Siglo Médico*, 3996.

SACRISTÁN, J.M., GERMAIN, J. y RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1930): "Psiquiatría práctica e higiene mental". *Archivos de Neurobiología*, 10, pp: 325-415.

SACRISTÁN, J.M. (1931a): "Progresos recientes de la Psiquiatría" en: *Innovaciones recientes en Medicina*, pp: 186-218, Javier Morata. Madrid.

SACRISTÁN, J.M. (1931b): "Constitución en Psiquiatría". *Archivos de Neurobiología*, 11, pp: 252-66.

SACRISTÁN, J.M. (1931c): "El manicomio de mujeres de Ciempozuelos" en: *Establecimientos frenopáticos de la Congregación de Hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (1831-1931)*. Talleres tipográficos Editorial Católica Toledana.

SACRISTÁN, J.M. (1931d): Prólogo a: *Aversión y atracción en el matrimonio*, van de Velde, H. Morata. Madrid.

LAFORA, G. y SACRISTÁN, J.M. (1931): "Sobre el proyecto de legislación de asistencia al enfermo mental". *El Sol* (16-1-1931).

SACRISTÁN, J.M. (1932a): "Disposición musical y alucinaciones acústicas en el círculo familiar de un caso de esquizofrenia catatónica. *Archivos de Neurobiología*, 12, pp: 40-9.

SACRISTÁN, J.M. (1932b): "Die Lage der Psychiatrie im gegenwärtigen Spanien". *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 46, pp: 561-2.

SACRISTÁN, J.M. (1932c): "Goethe según la psicopatología". *Revista de Occidente*, 106, pp: 42-91.

SACRISTÁN, J.M. (1932d): "Las relaciones entre la Psicología y la Psiquiatría, según el criterio de A. Kronfeld". *Archivos de Neurobiología*, 12, pp: 295-315.

SACRISTÁN, J.M. (1932e): "Modernos estudios de Biología criminal". *El Sol* (30-4-1932).

SACRISTÁN, J.M. y GERMAIN, J. (1932): "La psiquiatría comparada y la higiene mental". *Boletín de la Liga Española de Higiene Mental*, 2, 2, p. 4.

SACRISTÁN, J.M. (1933a): "Las psicosis atípicas de la encefalitis crónica". *Archivos de Neurobiología*, 13, pp: 871-98.

SACRISTÁN, J.M. (1933b): "La asistencia psiquiátrica clínica de la gran ciudad". *El Sol* (14-5-1933).

SACRISTÁN, J.M. y GERMAIN, J. (1933): "Constitución eidética e inteligencia general". *Revista Medicina del Trabajo e Higiene Industrial*, 19-20, pp: 307-10.

SACRISTÁN, J.M. y PERAÍTA, M. (1933): "Über den Bromspiegel des Blutes bei manisch-depressivem Irresein". *Klinische Wochenschrift*, 12, pp: 469-470. Publicado también en castellano con el título: "El metabolismo del bromo en la psicosis maníacodepresiva endógena". *Archivos de Neurobiología*, 13, pp: 39-43.

SACRISTÁN, J.M. (1934): "El metabolismo hidrocarbonado en la psicosis maníacodepresiva endógena". *Archivos de Neurobiología*, 14, pp: 691-748.

SACRISTÁN, J.M. (1935a): "El ruido y la vida psíquica". *Publicaciones de la Liga Española de Higiene Mental*, pp: 13-20.

SACRISTÁN, J.M. (1935b): "Los problemas de la asistencia psiquiátrica en España con motivo del II Congreso Internacional de higiene Mental". Conferencia celebrada en Madrid durante la quinta Semana de Higiene mental.

SACRISTÁN, J.M. (1936a): "Concepto clínico y etiopatogenia del grupo de las ciclotimias". *Archivos de Neurobiología*, 16, pp: 383-403.

SACRISTÁN, J.M. (1936b): "El Doctor Gayarre". *El Sol* (21-4-1936).

SACRISTÁN, J.M. (1936c): Prólogo a: *La sangre y el líquido cefalorraquídeo en Neurología y Psiquiatría*, de J. Salas. Publicaciones de Archivos de Neurobiología. Madrid.

SACRISTÁN, J.M. (1937a): "L'Hygiène mentale de la sexualité". *II Congrès International d'Hygiène Mentale*, pp: 1-7. París.

SACRISTÁN, J.M. (1937b): "La guerra como causa de alteraciones psíquicas". *Revista Madrid*, 1, pp: 93-6. Valencia.

SACRISTÁN, J.M. (1937c): "Los estados de agotamiento nervioso en la guerra". *Revista de Sanidad de Guerra*, 1, pp: 15-8.

SACRISTÁN, J.M. (1938): "La asistencia del neurótico de guerra". *Revista de Sanidad de Guerra*, 10, pp: 69-77.

SACRISTÁN, J.M. (1944a): Prólogo a: *El Psicodiagnóstico de Rorschach*, J. Salas. Morata. Madrid.

SACRISTÁN, J.M. (1944b): Prólogo a: *Conferencias psiquiátricas para médicos*, K. Schneider. Pace. Colección Orfila. Madrid.

SACRISTÁN, J.M. (1946a): "Kraepelin y la psiquiatría clínica actual". *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 1, pp: 3-28.

SACRISTÁN, J.M. (1946b): "El problema del mecanismo del sueño". *Medicamenta*, 6, pp: 5-8.

SACRISTÁN, J.M. (1946c): "Algunas consideraciones acerca de los fundamentos de la «medicina psicosomática»". *Revista Psicología General y Aplicada*, 1, 1, pp: 109-42.

SACRISTÁN, J.M. (1946d): "Genialidad y Psicopatología". *ABC* (28-7-1946).

SACRISTÁN, J.M. (1946e): "Gerard de Nerval". *ABC* (11-8-1946).

SACRISTÁN, J.M. (1946f): "Vincent van Gogh". *ABC* (1-9-1946).

SACRISTÁN, J.M. (1946g): "Edgard Allan Poe". *ABC* (8-9-1946).

SACRISTÁN, J.M. (1946h): "Friedrich Nietzsche". *ABC* (22-9-1946).

SACRISTÁN, J.M. (1946i): "Arthur Rimbaud". *ABC* (6-10-1946).

SACRISTÁN, J.M. (1946j): "Charles Baudelaire". *ABC* (19-10-1946).

SACRISTÁN, J.M. (1946k): "Thomas de Quincey". *ABC* (27-10-1946).

SACRISTÁN, J.M. (1946l): "Joan Augusto Strindberg". *ABC* (10-11-1946).

SACRISTÁN, J.M. (1946m): "Jean-Jacques Rousseau". *ABC* (24-11-1946).

SACRISTÁN, J.M. (1947a): "La criminalidad desde el punto de vista de la llamada «Biología criminal»". *Clínica Hispánica*, 3, 1, pp: 3-6.

- SACRISTÁN, J.M. (1947b): "Concepto clínico del grupo de las ciclotimias". *Medicamenta*, 7, pp: 194-6.
- SACRISTÁN, J.M. (1947c): "Robert Schumann". *ABC* (14-1-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947d): "Augusto Comte". *ABC* (28-1-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947e): "Luis II de Baviera". *ABC* (18-2-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947f): "M. Swedenborg". *ABC* (9-3-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947g): "Heine". *ABC* (30-3-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947h): "La locura de Don Quijote". *ABC* (13-4-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947i): "Dostoiewski". *ABC* (27-4-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947j): "Hoelderlin". *ABC* (25-5-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947k): "Beethoven". *ABC* (8-6-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947l): "Maupassant". *ABC* (13-7-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947m): "Los años seniles de Kant". *ABC* (3-8-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947n): "Schopenhauer". *ABC* (13-10-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1947ñ): "La extraña fantasía de Hoffmann". *ABC* (10-11-1947).
- SACRISTÁN, J.M. (1948a): "El «análisis del destino» (Schicksanalyse), de L. Szondi". *Revista Psicología General y Aplicada*, 3, 8, pp: 679-99.
- SACRISTÁN, J.M. (1948b): "Enfermedad y muerte de Stendhal". *ABC* (¿-1-1948).
- SACRISTÁN, J.M. (1948c): "La creación artística de William Blake". *ABC* (17-2-1948).
- SACRISTÁN, J.M. (1948d): "Cagliostro". *ABC* (14-3-1948).
- SACRISTÁN, J.M. (1948e): "Pascal ante la enfermedad". *ABC* (27-4-1948).
- SACRISTÁN, J.M. (1948f): "La sutil sensibilidad de Amiel". *ABC* (28-12-1948).
- SACRISTÁN, J.M. (1949a): "Psicopatología de las razas". *Ciencias Médicas Hispano-Americanas*, 2, pp: 18-21.
- SACRISTÁN, J.M. (1949b): *Genialidad y Psicopatología*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- SACRISTÁN, J.M. (1949c): "Sueños y visiones de Benvenuto Cellini en la prisión". *ABC* (11-9-1949).

- SACRISTÁN, J.M. (1951a): "¿El surrealismo es síntoma de anormalidad?. ABC (23-5-1951).
- SACRISTÁN, J.M. (1951b): "La barahúnda de la ciudad". ABC (27-9-1951).
- SACRISTÁN, J.M. (1951c): "Nicolás Achúcarro". ABC (19-12-1951).
- SACRISTÁN, J.M. (1952): "Camba en Munich". ABC (20-3-1952).
- SACRISTÁN, J.M. (1953a): "El concepto de personalidad en Psicopatología". *Revista Psicología General y Aplicada*, 8, 26, pp: 207-25.
- SACRISTÁN, J.M. (1953b): "¿Despersonificación del hombre actual o neurosis?. ABC (22-4-1953).
- SACRISTÁN, J.M. (1953c): "El psicoanálisis ayer y hoy". ABC (6-6-1953).
- SACRISTÁN, J.M. (1953d): "El hombre y la primavera". ABC (18-6-1953).
- SACRISTÁN, J.M. (1953e): Prólogo a: *El destino humano como problema científico. Nuestros resultados con la prueba de Szondi*, Soto Yárritu. Gómez. Pamplona.
- SACRISTÁN, J.M. (1955a): "Consideraciones acerca de algunos problemas generales de psiquiatría". *Archivos de Neurobiología*, 18, pp: 543-71.
- SACRISTÁN, J.M. (1955b): "Las aflicciones de Flaubert". ABC (28-5-1955).
- SACRISTÁN, J.M. (1955c): "Schiller, el alcohol y las manzanas podridas". ABC (31-7-1955).
- SACRISTÁN, J.M. (1955d): "La angustiada vida de Torcuato Tasso". ABC (13-11-1955).
- SACRISTÁN, J.M. (1955e): "Ortega y Gasset". *Archivos de Neurobiología*, 18, pp: 966-8.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- ABEJARO, F. (1993): *Historia de la psiquiatría militar española (1800-1970)*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina.
- ACHÚCARRO N. y GAYARRE, M. (1912): "La corteza cerebral en la demencia paralítica con el nuevo método del oro y sublimado de Cajal". *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 3, p. 29.
- ACKERNECHT, E. H. (1962): *Breve historia de la psiquiatría*. Universitaria de Buenos Aires.
- ALBERCA, R. (1957): "V Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Discurso inaugural del Presidente de la Asociación". *Archivos de Neurobiología*, 20, pp: 347-58.
- ALLERS, R. (1919): "Untersuchungen über den Stoffwechsel bei progressiver Paralyse. VI". *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 50, pp: 174-85.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. (1997): "Perfil historiográfico del psiquiatra español José Salas Martínez". *Psicopatología*, 17, pp: 41-2.
- ALTABELLA, J. (1985): *Lhardy, panorama histórico de un restaurante romántico (1839-1978)*. 2ª ed. Madrid.
- ÁLVAREZ, R. (1991): "The history of psychiatry in Spain". *History of Psychiatry*, 2, pp: 303-13.
- ÁLVAREZ, R. (1995): "La psiquiatría española en la segunda República". En: VV.AA. (1995), pp: 89-108.
- ÁLVAREZ, R. y HUERTAS, R. (1987): *¿Criminales o locos? Dos peritajes psiquiátricos del Dr. Gonzalo R. Lafora*. CSIC. Madrid.
- ANGOSTO, T. (1985): "D. José Pérez-López Villamil o la pasión por el recuerdo". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5, pp: 484-92.
- APARICIO BASAURI, V. (1977) (compilador): *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España*. ELA. Madrid.
- APARICIO BASAURI, V. y SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, A. (1977): "Norma y ley en la psiquiatría española". En: APARICIO BASAURI, V. (1977) pp: 21-42.
- ARANZADI (1976): *Nuevo diccionario de legislación*. Aranzadi. Pamplona.
- BARONA, J.L. (1990): "Juan Negrín (1892-1956) y la investigación experimental en el Laboratorio de Fisiología de la Junta para Ampliación de Estudios". *Dynamis*, 10, pp: 255-73.
- BERCHÉRIE, P. (1986): *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Manantial. Buenos Aires.

BERTOLÍN, J.M. y REY GONZÁLEZ, A.M. (1990): "Literatura psiquiátrica en España en el período 1901-1931". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 10, pp: 567-75.

BERTOLÍN, J.M. (1991a): "Los autores psiquiátricos prolíficos del primer tercio de siglo en España". *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 19, pp: 233-42.

BERTOLÍN, J. M. (1991b): "Análisis bibliométrico de los artículos de psiquiatría publicados en las revistas médicas españolas en las tres primeras décadas del siglo XX". *Anales de Psiquiatría*, 7, pp: 207-15.

BERTOLÍN, J.M. (1992a): "Las revistas sobre psiquiatría en España hasta el año 1931". *Archivos de Neurobiología*, 55, pp: 23-33.

BERTOLÍN, J.M. (1992b): "Algunas notas historiográficas a la psiquiatría española en el primer tercio de nuestro siglo". *Psiquis*, 13, pp: 247-59.

BERTOLÍN, J. M. (1993): "Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la España contemporánea del período de 'entresiglos'". *Asclepio*, 45, pp: 189-215.

BUMKE, O. (1927): *Tratado de las enfermedades mentales*. 2ª ed. Francisco Seix. Barcelona.

CAMPOS MARÍN, R. (1995): "Higiene mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España". *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 7, pp: 199-217.

CARRERAS PANCHÓN, A. (1986): "Los psiquiatras españoles y la guerra civil". *Medicina e Historia*, 13, pp: 1-16. (Tercera época).

CASTILLA DEL PINO, C. (1976): "La psiquiatría española (1939-1975)". En: Castellet, J.M. (ed.): *La cultura bajo el franquismo*. Península. Barcelona, pp: 79-102.

CASTILLA DEL PINO, C. (1987): "Las ideas psiquiátricas en la época de Lafora" en: HUERTAS, R., ROMERO, A. y ÁLVAREZ, R. (1987), pp: 75-80.

CASTRO, F. DE (1968): "La obra científica e histopatológica de Nicolás Achúcarro". En: MOYA, G. (ed.), VV.AA (1968), pp: 71-91.

CASTRO, F. DE (1981): *Cajal y la escuela neurológica española*. Universidad Complutense de Madrid.

COMELLES, J.M. (1988): *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. PPU. Barcelona.

COMELLES, J.M. (1992): "De médicos de locos a médicos de cuerdos. La transición del manicomio al gabinete en la psiquiatría de anteguerra (1890-1939)". *Asclepio*, 44, pp: 347-68.

CORCÉS, V. (1995): "La introducción del Psicoanálisis: posibilidad de una institucionalización". En: VV.AA (1995), pp: 141-64.

- DE CÁNDAMO, L. (1989): *Lhardy 1839-1989*. Imp. SSAG. Madrid.
- DESVIAT, M. (Coordinador) (1990): *Epistemología y práctica psiquiátrica*. Publicaciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- ESCALAS REAL, J. (1927): "La legislación manicomial española en la letra y en la práctica". *Archivos de Neurobiología*, 7, pp: 97-120.
- ESCALAS REAL, J. (1931): "El nuevo Decreto del Gobierno Provisional de la República Española sobre la asistencia de los enfermos psíquicos". *Boletín de la Liga Española de Higiene Mental*, 1, 4, pp: 1-5.
- ESPINO, J. (1980): "La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial". *Estudios de Historia Social*, 3, pp: 59-106.
- ESPINO, J. (1995): "La formación del psiquiatra en España: Apuntes a modo de introducción". En: APARICIO BASAURI (1997), pp:107-43.
- ESQUERDO, J.M. (1878): "Conferencias sobre enfermos mentales". *El Anfiteatro Anatómico Español y El Pabellón Médico*, 6, pp: 77, 91, 103-4, 117, 148-9, 164-5, 175-6, 191-2, 202-3, 209-10.
- FANJUL, L. y SALAS, J. (1932): "Sobre la reacción de Blotz". *Anales de Medicina Interna*, 1, 10.
- FERENZCI, S. (1984): *Obras Completas*. Espasa-Calpe. Madrid.
- GARCÍA-BARROS, E. (1996): *Treinta años. Y un día...* Noesis. Madrid.
- GAYARRE, M. (1909): "La génesis sexual del histerismo". *Revista Clínica de Madrid*, 1, pp: 65-71.
- GAMERO MERINO, C. (1988): *Un modelo de renovación pedagógica: José Castillejo*. CSIC. Madrid.
- GARMA, A. (1930): "Como se estudia el psicoanálisis". *Archivos de Neurobiología*, 10, pp: 17-25.
- GERMAIN, J. y SOLÍS, J. (1982): "J.M. Sacristán". *Archivos de Neurobiología*, 45, pp: 299-316.
- GÓMEZ DE LA SERNA, R. (1974): *Automoribundia (1888-1948)*. 2ª ed. Guadarrama. Madrid.
- GONZÁLEZ CAJAL, J. (1989): "Algunos datos sobre la psiquiatría que vivió Lafora en España hasta 1936". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6, pp: 101-13.
- GONZÁLEZ DE PABLO, A. (1987): "Sobre la génesis del orden psiquiátrico en la posguerra española: La implantación de la psiquiatría de Heidelberg en España". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7, pp: 633-47.

- GONZÁLEZ DE PABLO, A. (1995): "La escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española". En: VV.AA. (1995), pp: 229-49.
- GONZÁLEZ GARCÍA, V. (1946): "El juzgador y el psiquiatra ante una administración más científica de la justicia penal. *Anales del Ateneo Médico Leonés*, 2.
- GONZÁLEZ PINTO, R. (1942): "Psicosis de guerra". *Actas españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, pp: 133-44.
- GRACIA GUILLÉN, D. (1971): "Medio siglo de psiquiatría española: 1885-1936". *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 10, pp: 305-39.
- GRACIA GUILLÉN, D. (1990): "El enfermo mental y la psiquiatría española de la posguerra". *Informaciones Psiquiátricas*, 120, pp: 161-71.
- HAMILTON, M. (1986): *Psicopatología general de Fish*. 2ª ed. Interamericana. Madrid.
- HUERTAS, R., ROMERO, A. y ALVAREZ, R. (Coordinadores) (1987): *Perspectivas psiquiátricas*. CSIC. Madrid.
- HUERTAS, R. (1995): "El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España". *Dynamis*, 15, pp: 193-209.
- IRUELA, L. (1987): *Vida y obra de Emilio Mira y López*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.
- JASPERS, K. (1980): *Psicopatología General*. 4ª ed. Beta. Buenos Aires.
- JIMENEZ DE ASÚA, L. (1934): *Código Penal Reformado*. Manuales Reus de Derecho. 1ª ed. Tomo 55. Reus. Madrid.
- JIMENEZ FRAUD, A. (1971): *Historia de la Universidad española*. Alianza Editorial. Madrid.
- JIMÉNEZ-LANDY, A. (1989): *Manuel Bartolomé Cossío. Una vida ejemplar (1857-1935)*. Instituto de Cultura "Juan Gil Albert". Alicante.
- JIMÉNEZ QUESADA, M. (1972): *De Fleming a Marañón. Anécdotas de mi archivo*. Editor M. J. Quesada. Madrid.
- JORDÁ MOSCARDÓ, E. (1986): "La producción, el consumo y las noticias en la literatura neuropsiquiátrica durante el periodo franquista". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6, pp: 420-35.
- KAHLBAUM, L. (1995): *Clasificación de las enfermedades psíquicas*. DOR. Madrid.
- KRETSCHMER, E. (1928): *La Histeria*. Revista de Occidente. Madrid.
- KRETSCHMER, E. (1954): *Constitución y carácter*. 2ª ed. Labor. Barcelona.

- LAÍN ENTRALGO, P. (1968): "Vida y significación de Nicolás Achúcarro" en: MOYA, G. (ed.), VV.AA (1968), pp: 39-61.
- LAFORA, G. R. (1924a): "La terapéutica del sueño prolongado en psiquiatría". *La Medicina Ibera*, 18, pp: 1068-71.
- LAFORA, G. R. (1924b): "Sobre la narcosis prolongada por el somnífene en psiquiatría". *La Medicina Ibera*, 18, pp: 1157-9.
- LAFORA, G. R. (1949): "Spanish Psychiatry during the last decade". *American Journal of Psychiatry*, 105, pp: 901-3.
- LAFORA, G. R. (1957): "En memoria del Dr. D. José M. (sic) Sacristán". *Archivos de Neurobiología*, 20, pp: 1-4.
- LÁZARO, J. (1991): "La recepción de Freud en la cultura española". *Medicina e Historia*, 41 (Tercera época).
- LÁZARO, J. (1993): "Ángel Garma (1904-1993). The first psychoanalyst from Spain". *History of Psychiatry*, 4, pp: 441-5.
- LÁZARO, J. (1995a): "La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15, pp: 295-308.
- LÁZARO, J. (1995b): "Archivos de Neurobiología: Los setenta y cinco años de la psiquiatría española". *Archivos de Neurobiología*, 58, pp: 13-30.
- LINARES MAZA, A. (1932): "Investigaciones con el psicodiagnóstico de Rorschach en niños normales españoles". *Archivos de Neurobiología*, 12, pp: 693-738.
- LÓPEZ ALBO, W (1926): Conferencia. *Residencia*, 1, p. 226.
- LÓPEZ CAMPILLO, E. (1972): *La Revista de Occidente y la formación de minorías*. Taurus. Madrid.
- LÓPEZ IBOR, J.J. (1939): "Experiencias psiquiátricas de guerra". *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 3, pp: 82-101.
- LÓPEZ IBOR, J.J. (1942): *Neurosis de guerra*. Científico médica. Barcelona-Madrid.
- LÓPEZ IBOR, J.J. (1957): "José Miguel Sacristán". *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría y Ciencias Afines*, 16, p. 112.
- LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. (1982): "Historia de la psiquiatría española". En: *Psiquiatría*, Ruiz Ogara, C., Barcia Salorio, D., López-Ibor Aliño, J.J., 1ª ed. Toray. Barcelona.
- LÓPEZ DE LERMA, J. y DÍAZ GÓMEZ M. (1981): *Historia del Hospital psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de Ciempozuelos, 1881-1989*. Imp. Fareso. Madrid.

LÓPEZ-MUÑOZ, F., BOYA, J. y CALVO, J.L. (1994): "La aportación de la Escuela Española de Histología al conocimiento morfológico de la glándula pineal: análisis histórico". *Archivos de Neurobiología*, 57, pp: 225-34.

MARAÑÓN, G. y GAYARRE, M. (1911): "La reacción meiotagmínica de la sífilis". *Boletín de la Sociedad Española de Biología*, 1, p. 36.

MARAÑÓN, G. (1952): "Reflexiones ante el homenaje a Cajal en su primer centenario". *Revista Ibys*, núm. homenaje a Cajal, Mayo-Junio, pp: 111-6.

MARAÑÓN, G. (1966): "Medio siglo de psiquiatría" en *Obras Completas*. Espasa-Calpe. Madrid, pp: 291-6.

MARAÑÓN, G. (1973): "Psiquiatras de España" en: *Raíz y decoro de España*. 4ª ed. Espasa-Calpe. Madrid, pp: 133-45.

MARTÍNEZ PARDO, F. (1978): "La neuropsiquiatría española vista a través de 'Archivos de Neurobiología' (1920-1972)". Suplementos de Archivos de Neurobiología. Madrid.

MENDES ÁLVARO, F. (1874): "Proyecto de informe sobre el establecimiento de un manicomio modelo". *El Anfiteatro Anatómico Español*, 2, pp: 4-5, 29-30, 101, 186-7.

MIRA LÓPEZ, E. (1935): *Manual de Psiquiatría*. Salvat. Barcelona.

MOLINA NÚÑEZ, J. (1949): *Crítica psiquiátrica*. Paidós. Buenos Aires.

MOLINA NÚÑEZ, J. (1954): "Psicoanálisis y psiquiatría". *Archivos de Neurobiología*, 17, pp: 443-61.

MOLINA NÚÑEZ, J. (1955): "Síndromes mentales psicógenos". *Archivos de Neurobiología*, 18, pp: 705-11.

MOLINA NÚÑEZ, J. (1957): "La psicoterapia breve en la clínica". *Archivos de Neurobiología*, 20, pp: 298-308.

MOLINA NÚÑEZ, J. (1959): "Nota sobre el miembro fantasma". *Archivos de Neurobiología*, 22, pp: 282-6.

MOLINA NÚÑEZ, J. (1960): "Las funciones de la generación a la luz de la ortodoxia psicoanalítica". *Archivos de Neurobiología*, 23, pp: 11-21.

MOLINA NÚÑEZ, J. (1962): "Nociones sobre la angustia". *Archivos de Neurobiología*, 25, pp: 18-31.

MONASTERIO, F. (1987): "Lafora y los Archivos de Neurobiología". En: HUERTAS, R., ROMERO, A., ALVAREZ, R. (1987), pp: 231-42.

MORENO VILLA (1978): "Pienso en mi cuarto". *Poesía*, 18-19, p. 65.

MOYA, G. (1986): *Gonzalo R. Lafora*. Universidad Autónoma de Madrid.

- MOYA, G. (ed.), VV.AA (1968): *Nicolás Achúcarro. Su vida y su obra*. Taurus. Madrid.
- NAVARRO, J. (1991): "Una aproximación a la nosología psiquiátrica. La contribución española". *Anales de Psiquiatría*, 7, pp: 32-43.
- NIETO, D. (1937): "Psiquiatría y neurología de guerra". *Revista de Sanidad de Guerra*, 1, pp: 182-93.
- OBRADOR ALCALDE, S. (1958): "Pasado y futuro de nuestras especialidades en Madrid". *Archivos de Neurobiología*, 22, pp: 383-97.
- ORTEGA Y GASSET, J. (1983): *El espectador. Obras completas*. Alianza Editorial. Madrid.
- ORTÍZ RAMOS, (1935): "La asistencia de los enfermos mentales crónicos". *Archivos de Neurobiología*, 15, pp: 443-8.
- PARAJÓN, L. y DEL BARRIO, V. (1993): "José Miguel Sacristán y la introducción de Kretschmer en España". *Revista de Historia de la Psicología*, 14, pp. 213-24.
- PARAJÓN, L. y DEL BARRIO, V. (1994): "El impacto de E. Kretschmer en la investigación psiquiátrica española". *Revista de Historia de la Psicología*, 15, pp: 173-9.
- PASCUAL DEL RONCAL, F. (1949): *Teoría y Práctica del Psicodiagnóstico de Rorschach*. The University Society Mexicana. México.
- PÉREZ FERRERO, M. (1974): *Tertulias y grupos literarios*. Ediciones Cultura Hispánica. Madrid.
- PESET LLORCA, V. (1961): "Una introducción a la historia de la psiquiatría en España". *Medicina Clínica*, 37, pp: 369-79.
- PRADOS SUCH, M. (1926): *Reseña de: Figura y carácter. Los biotipos de Kretschmer*, de J. M. Sacristán. La Lectura. Madrid.
- RENDUELES OLMEDO, G. (1989): *El manuscrito encontrado en Ciempozuelos*. La Piqueta. Madrid.
- REY GONZÁLEZ, A. (1982): "La introducción del moderno saber psiquiátrico en la España del siglo XIX". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2, pp: 4-26.
- RIBERA CASADO, J. M. (1983): "Los médicos de la Junta de Ampliación de Estudios". *Tribuna Médica*, 986, pp: 28-33; 987, pp: 31-5; 988, pp: 27-31; 989, pp: 33-7; 991, pp: 27-9.
- RIOJA, E. (1973): "Ultimo sol en España". En: *Antonio Machado*. R. Gullon y A. W. Phillips (ed.). Taurus. Madrid, pp: 115-20.

- RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1950): "Veinticinco años de existencia de la Asociación de Neuropsiquiatría". *III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. La Toja.
- RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1966): "Una evocación oportuna". *Archivos de Neurobiología*, 9, pp: 261-7.
- RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1971): "La obra multiforme de José Germain vista por un neurólogo". *Boletín de la Sociedad Española de Psiquiatría*, 5, pp: 177-80.
- ROJAS BALLESTEROS, L. (1942): "Psiquiatría de guerra". *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, pp: 90-112.
- ROSEN, G. (1944): *The Specialization of Medicine*. Froben Press. New York
- SAENZ DE LA CALZADA, M. (1986): *La Residencia de Estudiantes: 1910-1936*. CSIC. Madrid.
- SALAS J., NAJERA y FANJUL (1931): "Contribución al estudio de la reacción de Takata-Ara". *Archivos de Neurobiología*, 11, pp: 127-63.
- SALAS, J. (1931): "Modernos problemas serológicos en psiquiatría". *Archivos de Neurobiología*, 11, pp. 539-59.
- SALAS, J. (1932a): "Análisis del psicodiagnóstico de Rorschach en un caso de esquizofrenia". *Archivos de Neurobiología*, 12, pp: 167-74.
- SALAS, J. (1932b): "El psicodiagnóstico de Rorschach". *Archivos de Neurobiología*, 12, pp: 316-39.
- SALAS, J. y SOLÍS, J. (1932): "La permeabilidad meníngea según el método de Walter". *Anales de Medicina Interna*, 1, 10.
- SALAS, J. (1933): "La clasificación de las respuestas en el psicodiagnóstico de Rorschach". *Archivos de Neurobiología*, 13, pp: 45-79.
- SALAS, J. y SOLÍS, J. (1933): "Las modificaciones serológicas en la parálisis general con la piroterapia". *Archivos de Neurobiología*, 13, pp: 849-70.
- SALCEDO, E. (1926): *Luis Simarro Lacabra*. Imp. Teodoro. Madrid.
- SÁNCHEZ, Fernando (1877): "Memoria y datos estadísticos sobre «el Nuncio de Toledo»". *El Anfiteatro Anatómico Español y El Pabellón Médico*, 5, pp: 209-10, 223-4, 235, 248, 258-9, 273-5.
- SÁNCHEZ MARTÍN, M. (1956): "Emilio Kraepelin (1856-1926) y la influencia de su obra en la psiquiatría clínica moderna; en el centenario de su muerte [sic]". *Gaceta Médica de Caracas*, 1-2, pp: 135-59.
- SARRÓ, R. (1959): "Problemas de la psiquiatría española". *Revista Psiquiátrica Peruana*, 2, pp: 227-41.

SARRÓ, R. Y G. PINTO, R. (1934): "Régimen de los manicomios privados que albergan enfermos de beneficencia". *Archivos de Neurobiología*, 14, pp: 613-41.

SARRÓ, R. (1970): "La generación psiquiátrica de Lafora, Sacristán, Sanchís Banús y Mira". *I Congreso Internacional d'Historia de la Medicina Catalana. Llibre d'Actas*. Barcelona. J. Uriach III, pp: 326-330.

SARRÓ, R. (1978): "Etapas de la psiquiatría española desde el renacimiento hasta los umbrales del siglo XX". *Medicina e Historia*, 2ª época, 75, pp: 7-26.

SCHARFETTER, Ch. (1988): *Introducción a la psicopatología general*. 2ª ed. Morata. Madrid.

SOLE SAGARRA, J. (1949): "La influencia de Kretschmer en la medicina, la psiquiatría y la literatura psicológica española". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 4, 11, pp: 481-94.

SOLE SAGARRA, J. (1950): "Ernst Kretschmer y su escuela". *Revista de Información Médico-terapéutica*, 35-36, pp: 161-3.

SOLE SAGARRA, J. (1954): Prólogo a: *Constitución y Carácter*, E. Kretschmer. Labor. Madrid.

SOLE SAGARRA, J. (1989): "Historia vivida de la psiquiatría: (1935-1940)". *IMP-Psiquiatría*, 3, pp: 116-9.

TALBOTT, J.; HALES, R.; YUDOFKY, S.: *Tratado de Psiquiatría*. Ancora. Barcelona.

TUÑÓN DE LARA, M. (1984): *Medio siglo de cultura española*. 3ª ed. Tecnos. Madrid.

VALENCIANO GAYÁ, L. (1954): "Higiene mental: Contenido, posibilidades y límites". *Archivos de Neurobiología*, 17, p. 365.

VALENCIANO GAYÁ, L. (1971): "Germain psiquiatra". *Boletín de la Sociedad Española de Psiquiatría*, 5, pp: 163-6.

VALENCIANO GAYÁ, L. (1973): "Personalidad y obra del Dr. Molina Nuñez". *Instituto de Medicina Psicológica*, 161, pp: 10-1.

VALENCIANO GAYÁ, L. (1974): "Origen y desarrollo de la psiquiatría madrileña". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 29, pp: 43-61.

VALENCIANO GAYÁ, L. (1977): *El Dr. Lafora y su época*. Morata. Madrid.

VALENCIANO GAYÁ, L. (1978): "Introducción. Vida, agonía, muerte y resurrección de una revista". En: MARTÍNEZ PARDO (1978), pp: 3-16.

VALENCIANO GAYÁ, L. (1981): "Dos notas sobre historia de la Psiquiatría en España". *Estudios de Historia Social*, 16-17, pp: 41-50.

VALLEJO NÁGERA, A. (1939): *La locura y la guerra. Psicopatología de la guerra española*. Valladolid.

VALLEJO NÁGERA, A. (1940): *Tratamiento de las enfermedades mentales*. Sucesores de Rivadeneya. Madrid.

VALLEJO NÁGERA, A. (1949): "Evolución histórica de las ideas psiquiátricas hispanas". *Gaceta Médica Española*, 23, pp: 41-6.

VALLEJO NÁGERA, A. (1954): *Tratado de Psiquiatría*. 3ª ed. Salvat. Madrid.

VALLEJO NÁGERA, A. (1957): "José M. Sacristán". *Gaceta Médica Española*. Año XXI, 3, p. 1.

VILLAYERDE, J. M. (1924a): "La narcosis continua de Klāsi y sus aplicaciones terapéuticas". *La Medicina Ibero*, 18, pp: 1052-6.

VILLAYERDE, J. M. (1924b): "Sobre la narcosis continua de Klāsi". *La Medicina Ibero*, 18, pp: 1109-14.

VILLAYERDE, J. M. (1925): "Sobre la narcosis continua por el somnífene en psiquiatría". *La Medicina Ibero*, 19, pp: 53-8.

VV.AA (1995): *Un Siglo de Psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de L'Infirmier. Certificateur*. Extra Editorial. Madrid.

WINDHOLZ, G. y WITHERSPOON, L. (1993): "Sleep as cure for schizophrenia: a historical episode". *History of Psychiatry*, 4, pp. 83-93.